

**Chambre territoriale des comptes
de la Polynésie française**

Papeete, le 6 octobre 2011

—————
Le Président
—————

Par porteur avec A.R.

N° 2011-0586

Réf : ma lettre n° 2011-461 du 19 août 2011.

P.J. : 1

Monsieur le Président,

Par lettre citée en référence, je vous ai communiqué le rapport d'observations définitives de la chambre territoriale des comptes concernant la gestion de la Collectivité de la Polynésie française (Affaires sociales et solidarité) pour les exercices 2000 à 2009. Ce rapport a également été communiqué, pour ce qui les concerne, à vos prédécesseurs.

En l'absence de réponse écrite dans le délai d'un mois fixé par l'article L. 272-48 du code des juridictions financières, je vous notifie à nouveau ce rapport.



En application du même article, vous avez l'obligation de le communiquer à l'assemblée délibérante. Il doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de sa plus proche réunion, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à un débat.

Ce rapport devenant communicable à toute personne qui en ferait la demande, dès la première réunion de l'assemblée délibérante postérieure à la notification du présent courrier, je vous serais obligé de bien vouloir m'indiquer à quelle date ladite réunion aura eu lieu.

Je vous précise enfin qu'une copie du rapport d'observations est communiquée au haut-commissaire de la République et au trésorier-payeur général en application de l'article R. 272-65 du code des juridictions financières.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération la plus distinguée.

Le président

Jacques BASSET

**Conseiller référendaire
à la Cour des comptes**

**Monsieur Oscar TEMARU
Président de la Polynésie française
BP 2551
98713 PAPEETE**

**CHAMBRE TERRITORIALE DES COMPTES
DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE**

**RAPPORT D'OBSERVATIONS
DEFINITIVES**

**COLLECTIVITÉ DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE
AFFAIRES SOCIALES ET SOLIDARITÉ**

Exercices 2000 à 2009

RAPPEL DE LA PROCEDURE

La chambre territoriale des comptes de la Polynésie française a procédé, dans le cadre de son programme de travail, à l'examen de la gestion de la collectivité de la Polynésie française (Affaires sociales et solidarité) pour les exercices 2000 à 2009, en application de l'article L. 272-12 du code des juridictions financières.

M. Oscar TEMARU, président de la Polynésie française alors en fonctions, ainsi que ses prédécesseurs, MM. Gaston FLOSSE et Gaston TONG SANG, ont été informés, par lettres du 29 juillet 2009, de l'ouverture de ce contrôle.

Par courriers du 5 novembre 2010, et conformément aux dispositions prévues par l'article L. 272-45 du code des juridictions financières, une demande d'entretien préalable a été adressée à l'ordonnateur et aux anciens ordonnateurs concernés, MM. Gaston TONG SANG, Gaston FLOSSE et Oscar TEMARU. Aucune réponse ne lui étant parvenue dans le délai imparti, ni ultérieurement, la chambre a constaté, comme elle l'avait explicitement indiqué dans ces courriers, que les destinataires n'avaient pas souhaité donner une suite favorable aux demandes d'entretien.

Lors de sa séance du 8 décembre 2010, la Chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées les 6 et 7 avril 2011 à M. Oscar TEMARU, président de la Polynésie française, ainsi, pour celles les concernant, qu'à MM. Gaston TONG SANG et Gaston FLOSSE, anciens ordonnateurs, à M. Régis CHANG, directeur de la Caisse de Prévoyance Sociale et à M. le Haut-Commissaire de la République en Polynésie française. Le délai imparti pour répondre à ces observations était de deux mois.

Au terme de la période de contradiction, seuls, M. Oscar TEMARU, président de la Polynésie française, M. le Haut-commissaire de la République en Polynésie française et M. Régis CHANG, directeur de la Caisse de Prévoyance Sociale avaient fait parvenir leur réponse à la chambre.

Après avoir examiné ces réponses écrites, la chambre, lors de sa séance du 17 août 2011, a arrêté les observations définitives reproduites ci-après.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

Depuis 1994, la Polynésie française exerce principalement son action en matière sociale dans le cadre de la protection sociale généralisée (PSG), système hybride regroupant le régime général des salariés (RGS), le régime des non-salariés (RNS) et le régime de solidarité (RSPF), financés, dans des proportions variables, par des cotisations pour les deux premiers, et par l'impôt. Ce système, qui a constitué un progrès incontestable, en donnant une protection sociale à tous les résidents, est devenu difficile à maîtriser et instable. Les dépenses de la PSG sont ainsi passées de 40,8 milliards de F CFP en 1995 à près de 103 milliards de F CFP en 2009 (voir annexe 1) et leur financement n'est plus totalement assuré par des ressources définitives. Au 31 décembre 2010, le déficit cumulé de la seule branche maladie du RGS avait atteint près de 15 milliards de F CFP. Le système requiert donc une réforme profonde concernant son financement, ses prestations et ses modalités de gestion.

1 - Le système de la protection sociale généralisée s'est avéré difficile à maîtriser dans son organisation actuelle

La PSG a réussi, en très peu de temps, à couvrir l'ensemble de la population. Dans ce système, le régime de solidarité (RSPF) est un régime subsidiaire auquel le bénéficiaire est affilié lorsqu'il ne réunit pas les critères d'activité et de ressources lui permettant d'appartenir à l'un des deux autres régimes (RGS et RNS). Le RSPF est financé entièrement par des subventions publiques et par de la fiscalité affectée, notamment la contribution de solidarité territoriale (CST), impôt créé spécialement à cet effet¹. Ce régime non contributif a permis de réussir la généralisation² de la couverture maladie et de l'accès à divers droits sociaux, succès auquel l'Etat a contribué dans le cadre de conventions partenariales de 1994 à 2007.

Toutefois, le système s'est avéré trop complexe à maîtriser. Plusieurs règles de fonctionnement ont entraîné d'importantes difficultés de gestion. Ainsi, le risque de désaffiliation au bout d'un an et trois mois du bénéficiaire du RSPF, les difficultés à vérifier le niveau réel de ressources du postulant, ont créé des goulots d'étranglement et des files d'attente qui, en 2009, représentaient, malgré les efforts de la direction des affaires sociales, plus d'un an de travail des services en charge de l'examen des dossiers.

Le système n'a pas été régulé. La collectivité de la Polynésie française s'est longtemps contentée d'interventions sporadiques : cristallisation de la valeur du SMIG à sa valeur de 1996, afin de limiter le nombre des bénéficiaires du RSPF ; en 2005, réforme TE AUTAERAA, abandonnée après avoir connu un début d'application ; en 2010, rejet du budget du RSPF par le conseil des ministres. Mais, depuis quinze ans, aucune politique globale de protection sociale et de solidarité n'a été définie, ni par l'assemblée de la Polynésie française ni par les gouvernements qui se sont succédé.

A ce jour, le système semble « à bout de souffle ». Il mérite, de l'avis de tous les experts consultés³, mais aussi des partenaires sociaux⁴, une profonde réforme imaginant d'autres modes d'organisation et faisant appel à d'autres règles de financement.

¹ Délibérations n° 94-142 AT et n° 94-143 AT du 8 décembre 1994.

² De 70 % de taux de couverture de la population en 1994 à 98 % en 2009.

³ Rapport de la mission d'assistance à la Polynésie française (dit rapport Bolliet).

⁴ Rapport du CESC n° 145 du 20 août 2010.

2 - Le système est devenu instable sous l'effet d'une crise mal anticipée

Plusieurs facteurs ont été à l'origine de l'instabilité croissante du système.

D'abord, les incertitudes qui pèsent actuellement sur les fondamentaux de la PSG, notamment la fin des garanties juridiques d'équilibre du RSPF et l'arrêt de la participation financière de l'Etat à son financement en 2007, ont remis en cause ce qui était considéré comme acquis.

Par ailleurs, la rapidité de la croissance des besoins sociaux, liée à la montée des précarités engendrées par la crise économique, mais aussi à l'accès gratuit ou socialisé aux soins les plus sophistiqués, dans le cadre de la diversification de l'offre de soins et de la modernisation de la société, ont également contribué à fragiliser les bases sur lesquelles reposait la PSG créée en 1994.

Cette instabilité a révélé, au fur et à mesure de son aggravation, une profonde crise de gouvernance du système. L'effacement relatif de la collectivité de la Polynésie française dans son action régulatrice, la faiblesse du contrôle qu'elle a exercé sur ses paramètres fondamentaux ont contribué à déstabiliser le système. Le manque de moyens et de cadres au niveau requis n'a, par ailleurs, pas permis à la PSG de progresser.

Pour répondre à la hausse continue des dépenses sociales, la collectivité de la Polynésie française a privilégié un recours accru à la fiscalité affectée. Mais celle-ci, connaît les mêmes limites que le subventionnement budgétaire, en raison des effets de la crise économique. Une grave crise financière menace donc désormais la survie du système de la PSG.

Les principaux éléments à l'origine de cette crise avaient pourtant été très tôt signalés à l'attention des autorités de la Polynésie française, mais nulle mesure correctrice s'inspirant de ces avertissements n'a été mise en œuvre, à l'exception de la réforme TE AUTAERAA de décembre 2005, qui, sous la pression des partenaires sociaux, a dû être abandonnée.

Aujourd'hui, le système de la PSG est déséquilibré et les solutions définitives tardent à venir pour apurer les déficits antérieurs.

En 2011, la protection sociale et la solidarité ont besoin d'être refondées pour que les principaux acquis de la PSG puissent être préservés.

3 – Le secteur social et médico-social présente des incohérences et répond mal aux besoins de la population

Les interventions sociales, c'est-à-dire les prestations sociales, les aides sociales mais aussi les prises en charge dans les établissements médico-sociaux ou les familles d'accueil, répondent mal aux besoins de la population.

Le système des prestations sociales présente des incohérences qui découlent de leur absence d'harmonisation en fonction des régimes sociaux. Les prestations sociales sont spécifiques à chaque régime. Cette singularité a conduit à des situations paradoxales qui font que les prestations les moins favorables sont souvent servies « aux plus démunis ». Ce défaut d'harmonisation a contribué, indirectement, à entretenir les inégalités plutôt qu'à les réduire efficacement.

Par ailleurs, les programmes d'action sociale de la Polynésie française, qui sont financés sur les crédits du RSPF, profitent à tous, quel que soit le régime d'affiliation.

Dans le même temps, le régime des salariés continue de faire bénéficier ses ressortissants d'une action sociale qui leur est strictement réservée.

Le secteur médico-social n'a, pour sa part, pas été suffisamment développé et modernisé et répond de moins en moins aux besoins de la population.

La collectivité de la Polynésie française n'a pas suffisamment privilégié ce secteur qui éprouve de grandes difficultés pour se développer et se mettre au niveau technique requis.

Il n'existe pas de schéma territorial validé des établissements. Ceux-ci n'ont jamais été agréés et n'ont fait l'objet d'aucune convention d'objectif, alors que ces dispositions sont obligatoires depuis 2003.

Les locaux des établissements restent en général inadaptés et les prises en charge, rudimentaires, faute de personnels compétents en nombre suffisant.

Les familles d'accueil n'ont pas été suffisamment contrôlées par les services de la DAS et les prises en charge s'apparentent plus à une garderie qu'à une démarche à visée thérapeutique. Plusieurs dérives ont découlé de ce manque d'encadrement et de surveillance.

Quelques progrès ont certes été accomplis depuis peu. Une réforme a généralisé en 2009 l'agrément à tous les accueillants familiaux, même à ceux qui accueillent des membres de leur propre famille qui, jusqu'alors, n'avaient pas besoin d'agrément. Une formation initiale et continue a été rendue obligatoire pour tous les accueillants familiaux. Une réorganisation des services de la DAS en circonscription devrait permettre à l'avenir un meilleur contrôle du secteur.

Enfin, le financement des établissements médico-sociaux repose sur un système archaïque de subventionnement au lieu d'une tarification au prix de journée qui a été recommandée depuis 2000. Ces modalités permettrait d'assurer un financement de ces établissements sur des bases plus objectives, sous réserve qu'elle s'accompagne aussi d'une réorganisation et d'une restructuration des services chargés de l'assistance administrative et financière des établissements. Cette réorganisation constituerait une condition indispensable pour maîtriser les coûts du secteur médico-social et permettre ainsi de satisfaire les lourds besoins d'investissement qu'il requiert.

4 – Les recommandations

La Chambre a considéré que la préservation du niveau de protection sociale et de solidarité, dans des conditions financières soutenables, nécessitait une réforme profonde la PSG et de la solidarité. Dans cette perspective, la Chambre formule les recommandations suivantes :

Réforme du régime des prestations :

- le régime des prestations devrait être simplifié et modernisé grâce à l'uniformisation de prestations universelles, sous conditions de ressources ;
- la gestion des prestations uniformisées devrait conduire à leur gestion au sein d'un régime unique, cette mutation devant être effectuée par étapes, négociées avec les partenaires sociaux, sous l'arbitrage de la collectivité de la Polynésie française ;

Révision des règles de gestion et de financement :

- les moyens de contrôle du système de protection sociale par la collectivité de la Polynésie française devraient être améliorés ;
- les modalités de gestion devraient être rendues plus fluides et plus simples, soit dans le cadre de l'actuelle autonomie des régimes, soit dans le cadre d'un régime unifié ;
- les modalités actuelles de financement mériteraient d'être reconsidérées, en fonction des risques à couvrir, sous réserve de conserver le caractère mixte du financement par l'impôt et par les cotisations. Ainsi :
 - le risque maladie pourrait être majoritairement couvert par des cotisations, tout en protégeant le coût du travail par une fiscalité adaptée et en garantissant l'accès des plus démunis au système de santé ;
 - le risque famille pourrait être fiscalisé, dans le cadre d'un impôt à assiette large, les prestations pouvant être versées sous conditions de ressources ;
 - le risque retraite pourrait être couvert majoritairement par des cotisations, l'impôt contribuant au paiement des retraites minimales.
- la résorption des déficits antérieurs devrait être rapidement mise en œuvre.

Modernisation du secteur médico-social

Trois axes prioritaires mériteraient d'être pris en considération :

- se doter des outils indispensables à la régulation du secteur médico-social (schéma des établissements permettant d'anticiper les besoins sociaux de la population, campagne d'accréditation des établissements mis aux normes de sécurité...) ;
- planifier, après évaluation prospective, les besoins liés au vieillissement de la population, en intégrant au futur modèle de financement de la protection sociale et de la solidarité les charges qui devraient en découler ;
- rénover le financement des établissements médico-sociaux en généralisant le système de tarification à prix de journée.

SOMMAIRE

1 - Le système de la protection sociale généralisée s'est avéré difficile à maîtriser dans son organisation actuelle.....	8
1.1 - La collectivité de la Polynésie française a élaboré un modèle spécifique.....	9
1.1.1 - La collectivité de la Polynésie française a conçu progressivement un système combinant les logiques d'assurance et d'assistance.....	9
1.1.2 - Le modèle de la protection sociale généralisée est spécifiquement polynésien	10
1.2 - Avec la PSG, la couverture sociale de la population a été rapidement généralisée grâce à la participation de l'Etat au financement du RSPF	11
1.2.1 - La généralisation de la couverture sociale a été réalisée dans le cadre de la PSG	12
1.2.2 - La généralisation de la couverture sociale a été soutenue par l'Etat	12
1.3 - La complexe régulation du système n'a pas été réussie.....	13
1.3.1 - La PSG est une organisation complexe à maîtriser	13
1.3.2 - La complexité a été à l'origine d'importantes difficultés de gestion	15
1.3.3 - La régulation générale de la PSG n'a pas été suffisamment assurée.....	17
2 - Le système est devenu instable sous l'effet d'une crise mal anticipée	19
2.1 - Le système de protection sociale et de solidarité est devenu instable.....	20
2.1.1 - Des incertitudes pèsent sur les règles de fonctionnement de la PSG	20
2.1.1.1 - Les régimes non contributifs ne bénéficient plus de garanties juridiques d'équilibre ..	20
2.1.1.2 - Depuis 2008, la participation de l'Etat au financement du régime de solidarité a été reconsidérée.....	20
2.1.1.3 - Le régime financier du fonds d'action sociale est complexe et opaque.....	21
2.1.1.4 - Le calcul des versements compensatoires ne repose sur aucun accord formalisé	22
2.1.1.5 - Les justifications du circuit de financement dérogatoire des établissements sociaux et médico-sociaux sont fragiles	23
2.1.2 - La rapidité de la croissance de la demande sociale a accru l'instabilité du système.....	23
2.1.2.1 - Des raisons conjoncturelles.....	24
2.1.2.2 - Des raisons structurelles.....	24
2.2 - Le système est frappé par une crise de son organisation qui avait été annoncée de longue date	25
2.2.1 - Bien qu'annoncée, la crise de l'organisation du système n'a pas pu être évitée	26
2.2.1.1 - Les dysfonctionnements potentiels avaient été diagnostiqués	26
2.2.1.2 - Des dispositifs de contrôle et d'évaluation réduits à la portion congrue	26
2.2.2 - Le déficit de moyens et de compétences adaptées n'a pas été suffisamment traité	27
2.2.2.1 - Le déficit des moyens et des compétences.....	28
2.2.2.2 - Les efforts en matière de formation restent insuffisants.....	29
2.3 - Les difficultés financières ont été mal anticipées	30
2.3.1 - La croissance du financement budgétaire	30
2.3.1.1 - La réforme avortée TE AUTAERAA	31
2.3.1.2 - Les conséquences de l'arrêt de la participation de l'Etat au RSPF	31
2.3.1.3 - La croissance des dépenses des régimes non contributifs.....	32
2.3.1.4 - Le RGS a bénéficié d'une subvention au titre du dispositif DARSE.....	32
2.3.2 - Le financement de la protection sociale et de la solidarité subit une grave crise.....	33
2.3.2.1 - Les besoins futurs de financement des régimes sociaux seront croissants.....	33
2.3.2.2 - Le recours au financement public est de plus en plus difficile	33
2.3.2.3 - Le recours à une fiscalisation accrue peut s'avérer difficile à réaliser.....	34

3 – Le secteur social et médico-social présente des incohérences et répond mal aux besoins de la population	35
3.1 - Les prestations sociales n’ont pas été harmonisées.....	36
3.1.1.- Les prestations maternité et les prestations familiales	37
3.1.2. - La couverture du risque vieillesse	38
3.1.3. - Les allocations aux handicapés et les aides sociales	39
3.2 – L’action sociale fait désormais l’objet d’un contrôle renforcé.....	39
3.3 – Le secteur médico-social répond de moins en moins aux besoins de la population	41
3.3.1 - La délibération n° 2003-15 APF du 9 janvier 2003 n’a pas été appliquée avec rigueur	41
3.3.1.1 - Le premier cadre d’action moderne de la collectivité dans le domaine social et médico-social n’a été défini qu’en 2003	42
3.3.1.2 - Les principales dispositions de ce texte ne sont toujours pas mises en application	43
3.2.1.2.1 – Le schéma territorial n’est pas encore opérationnel.....	43
3.3.1.2.2 - Les procédures d’autorisation préalables et de conventionnement n’ont pas été respectées	43
3.3.1.3 - L’organisation du secteur reste très embryonnaire	44
3.3.2 - Les prises en charge en famille ou dans les établissements restent relativement rudimentaires	45
3.3.2.1 – Les prises en charge en établissement manquent de professionnalisme	46
3.3.2.1.1- La petite capacité des établissements ne facilite ni la diffusion rapide des bonnes pratiques, ni les économies de gestion	46
3.3.2.1.2 - Les locaux restent, dans l’ensemble, inadaptés	47
3.3.2.1.3 - La qualité des prises en charge souffre du manque de formation des intervenants	47
3.3.2.2 - L’hébergement dans les familles d’accueil thérapeutiques.....	48
3.3.2.2.1 - L’alternative à l’hébergement n’a pas été suffisamment contrôlée	48
3.3.2.2.2 – Une réforme a finalement eu lieu en 2009	49
3.4 - Le financement des établissements doit évoluer vers une tarification au prix de journée..	50
4 – Recommandations	52
4.1 - Le régime des prestations doit être réformé.....	53
4.1.1 - L’uniformisation des prestations universelles	53
4.1.2 – La planification de l’unification des régimes	53
4.2 – Les règles de gestion et de financement doivent être profondément révisées	54
4.2.1- L’admission doit être prononcée, sans limitation de durée	54
4.2.2 - Le mode de financement doit être redéfini.....	54
4.3 - Le secteur médico-social doit être modernisé.....	55
4.3.1- Se doter des outils indispensables à la régulation du secteur médico-social	55
4.3.2 - Planifier les besoins liés au vieillissement	55
4.3.3 - Rénover le financement des établissements médico-sociaux	56

L'action de la collectivité de la Polynésie française en matière sociale renvoie à deux grands domaines d'intervention publique. D'une part, la protection sociale, entendue comme l'ensemble des mécanismes qui visent à garantir les « grands risques sociaux⁵ », dont le financement est majoritairement assuré par la cotisation prélevée sur les revenus du travail. D'autre part, la solidarité qui labellise les politiques destinées aux publics fragiles, ou momentanément fragilisés, qui sont financées par des ressources publiques, impôts, taxes ou subventions.

Cette action relève de la responsabilité et des compétences de principe de la collectivité de la Polynésie française. En 1994, celle-ci a choisi d'exercer cette action dans le cadre de la Protection sociale généralisée (PSG). Cette décision mettait fin à la traditionnelle séparation qui s'était instaurée en 1956, entre les partenaires sociaux, fondateurs du premier régime d'assurances sociales pour les salariés, et la puissance publique, en charge de la solidarité.

La PSG est par essence un système hybride, comportant un noyau central, constitué par le régime général des salariés (RGS), qui assure 65 % de la population, et deux nouveaux régimes, le régime des non salariés (RNS) et le régime de solidarité (RSPP), partiellement financés par l'impôt, qui couvrent respectivement 6 % et 24 % de la population⁶. Ces régimes s'administrent de manière autonome, mais dans un cadre défini par la collectivité de la Polynésie française.

Ce système, qui a constitué un progrès incontestable, en donnant une protection sociale à tous les résidents, est devenu difficile à maîtriser et instable. Les dépenses de la PSG⁷ sont ainsi passées de 40,8 milliards de F CFP en 1995 à près de 103 milliards de F CFP en 2009 (voir annexe 1) et leur financement n'est plus totalement assuré par des ressources définitives. Au 31 décembre 2010, le déficit cumulé de la seule branche maladie du régime général des salariés (RGS) avait atteint, d'après les informations communiquées par la direction de la CPS, près de 15 milliards de F CFP⁸. Le système requiert donc une réforme profonde concernant son financement, ses prestations et ses modalités de gestion.

1 - Le système de la protection sociale généralisée s'est avéré difficile à maîtriser dans son organisation actuelle

Le système de protection sociale généralisée est relativement récent en Polynésie française (1994). Longtemps, cette préoccupation d'ordre social n'a pas été à l'ordre du jour des pouvoirs publics, en dehors des actions de solidarité et de gratuité des soins ponctuellement offertes aux résidents, alors peu nombreux. Les espérances de vie étaient courtes, les aides sociales peu développées.

D'abord édifié sur une base professionnelle, à l'instar du modèle français de sécurité sociale, un dispositif original a été progressivement élaboré et construit par la Polynésie française, conjuguant la logique assurantielle originelle avec des éléments relevant d'une logique d'assistance.

⁵ En ce qui concerne la maladie, la vieillesse, les accidents du travail et la famille.

⁶ 5 % de la population sont en outre affiliés à la Sécurité sociale française.

⁷ Hors sécurité sociale.

⁸ 14 768 671 338 F CFP selon l'arrêté des comptes 2010 (source CPS).

Le système de protection sociale généralisée qui en est résulté n'est cependant pas maîtrisé. La juxtaposition des régimes autonomes qui le constitue, aux droits et aux financements différents, apparaît aujourd'hui victime d'un défaut de pilotage général, accentué par sa complexité de fonctionnement.

1.1 - La collectivité de la Polynésie française a élaboré un modèle spécifique

L'organisation de la protection sociale et de la solidarité a toujours été spécifique en Polynésie française. Depuis la reconnaissance d'un statut d'autonomie interne du Territoire en 1977, la compétence sur la conception, l'organisation, le financement et la régulation de la protection sociale et de la solidarité incombe clairement à la Polynésie française dans le cadre de la compétence de droit commun qui lui est reconnue. Le modèle polynésien est donc très spécifique, même s'il s'inspirait à l'origine du système français de protection sociale. Pendant longtemps, cette spécificité s'est traduite par l'absence de généralisation de la protection sociale aux familles d'actifs non salariés. Ce n'est donc que dans une période relativement récente que la collectivité d'outre-mer est parvenue, en cinq ans (1994-1999), à couvrir l'ensemble de la population, sans toutefois parvenir à réguler le système.

1.1.1 - La collectivité de la Polynésie française a conçu progressivement un système combinant les logiques d'assurance et d'assistance

La compétence normative de la Polynésie française sur ce domaine date des années soixante⁹, avant d'avoir été inscrite dans la première loi d'autonomie du 12 juillet 1977. Depuis cette loi d'autonomie interne, la collectivité de la Polynésie française est seule en charge de l'organisation générale de la protection sociale et de la solidarité.

Le premier système de protection sociale a été construit dans les années cinquante pour les salariés dans un cadre juridique défini par l'Etat, sur le modèle français de l'assurance professionnelle¹⁰. Les arrêtés du gouverneur des Etablissements français de l'Océanie des 28 et 29 septembre 1956¹¹, pris en application de la loi du 15 décembre 1952¹², en furent les textes précurseurs¹³.

⁹ Délibération n° 67-110 du 24 août 1967 portant institution d'un régime de retraite des travailleurs salariés de la Polynésie française.

¹⁰ Les régimes d'assurances sont censés n'être alimentés que par les cotisations prélevées sur les revenus de leurs membres, alors que les régimes d'assistance reposent sur l'impôt ou la subvention publique.

¹¹ Qui instituèrent pour les salariés les premières caisses de compensation des prestations familiales.

¹² Qui instauraient le code du travail.

¹³ A l'occasion de la célébration du cinquantième anniversaire de la Caisse de prévoyance sociale (CPS), organisme local équivalent des URSSAF et de l'ACOSS, en octobre 2006, son directeur général rappelait que « *le début de l'histoire de la protection sociale date du 28 septembre 1956* ».

La création du régime de protection sociale en milieu rural (RPSMR), par délibération du 15 avril 1979 de l'assemblée territoriale, représentait la première extension notable des principaux droits existants pour les salariés, sur une base non exclusivement contributive¹⁴. Le financement du RPSMR a d'ailleurs fini par reposer à 95 % sur des subventions publiques versées par la collectivité de la Polynésie française et par l'Etat¹⁵. Ainsi, pour répondre autant aux besoins de la société moderne qu'au droit universel à la couverture sociale, la logique du système de protection sociale en Polynésie française s'est progressivement hybridée. Les prestations obéissant à une logique d'assistance ont, de plus en plus, complété le système traditionnel des prestations assurantielles financées par les cotisations des bénéficiaires.

Le régime des salariés, géré par la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS), et le RPSMR ont constitué le premier système polynésien de protection sociale. Mais, ce système laissait encore à l'écart, sans droits reconnus, 20 à 25 % de la population. En effet, toutes les personnes qui ne rentraient pas dans les catégories professionnelles prédéfinies par les deux régimes territoriaux, comme les commerçants, les professions libérales et les chômeurs, ne bénéficiaient d'aucune couverture sociale. Ces personnes continuaient de relever d'assurances volontaires et privées pour les plus aisés ou d'une logique de secours et d'assistance pour les plus modestes¹⁶.

1.1.2 - Le modèle de la protection sociale généralisée est spécifiquement polynésien

Dans l'accord-cadre du Pacte de progrès économique, social et culturel, signé avec l'Etat le 27 janvier 1993, la Polynésie française, avait solennellement proclamé la nécessité « *d'engager une réforme structurelle* » en matière de « *généralisation de la couverture sociale* ». Cette réforme devait cependant maintenir une séparation « *claire* » entre les régimes d'assurance et le régime de solidarité.

Dans ce nouveau contexte, l'assemblée de la Polynésie française, par délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994, a créée la Protection sociale généralisée (PSG). Elle comprend les assurances sociales (l'assurance maladie, l'assurance maternité, l'assurance invalidité, l'assurance vieillesse et l'assurance décès), les accidents du travail et les maladies professionnelles, les prestations familiales et l'aide sociale (l'aide médicale, l'aide aux personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées et l'aide à l'enfance).

La PSG est assurée par trois régimes territoriaux¹⁷, qui restent « *administrés de façon autonome* », par la sécurité sociale ou ses régimes annexes pour leurs ressortissants et par des compagnies d'assurance privées ou des sociétés mutualistes pour les personnes ne ressortissant pas de ces régimes. La CPS assure, contre rémunération, la gestion technique, administrative et financière des trois régimes territoriaux, tout en restant l'organe de gestion du régime des salariés. Mais elle n'est nullement responsable de l'équilibre financier de la PSG.

¹⁴ Une taxe de solidarité, des subventions de la Polynésie française, de l'Etat, et une très faible part de cotisations contribuaient au financement de ce régime.

¹⁵ L'Etat participait depuis 1980 au financement des prestations familiales.

¹⁶ Avec, par exemple, la gratuité des soins dans les organismes publics.

¹⁷ Au régime des salariés (RGS), ont été juxtaposés deux nouveaux régimes, le régime des non salariés (RNS) et le régime de solidarité (RSPF), pour former un ensemble de régimes territoriaux offrant des droits sociaux propres à chacun. Le RPSMR a été simultanément mis en extinction et ses ressortissants sont, selon leurs revenus, affiliés au RNS ou RSPF, 80 % d'entre eux étant affiliés à ce dernier.

L'action sociale de la Polynésie française est, pour sa part, gérée, par l'intermédiaire des fonds d'action sociale (FAS) propres à chacun des trois régimes.

Ce mode d'intervention par l'intermédiaire d'un fonds d'action sociale est très spécifique. La collectivité de la Polynésie française, par l'intermédiaire de sa direction des affaires sociales, y joue un rôle très particulier. Par ce fonds, elle répond aux situations d'urgence sociale en distribuant des bons alimentaires, des bons vestimentaires ou des aides à la cantine aux ressortissants du RSPF. En revanche, en ce qui concerne les ressortissants du RGS, l'action sociale de la collectivité est en quelque sorte déléguée aux partenaires sociaux qui gèrent les régimes. Cette organisation de l'action sociale comporte donc l'inconvénient d'avoir créé les conditions de développement d'une action sociale propre à chaque catégorie de ressortissants.

Par ailleurs, dans une logique de solidarité, un secteur médico-social, financé sur fonds publics, est ouvert aux ressortissants de tous les régimes.

Ensemble, les trois régimes territoriaux forment aujourd'hui l'armature du système de protection sociale et de solidarité. Par l'organisation spécifique de l'action sociale, et la constitution d'un régime de solidarité non contributif, bénéficiant aux plus démunis, ce système est très spécifique à la Polynésie française.

1.2 - Avec la PSG, la couverture sociale de la population a été rapidement généralisée grâce à la participation de l'Etat au financement du RSPF

La couverture sociale a été rapidement étendue, entre 1994 et 1995, à une grande partie de la population qui jusqu'alors n'en bénéficiait pas. Avant la PSG, le taux de couverture de la population était d'environ 80 %. Un an après, la population sans couverture sociale était évaluée à 26 068 personnes contre 60 039 auparavant. Dans un rapport d'évaluation de la convention Etat-Polynésie française daté de janvier 2004, les rapporteurs de l'IGAS relevaient qu'au 1^{er} janvier 2003, le taux de couverture sociale avait nettement progressé et atteignait alors 95 %. Les années suivantes, la progression s'est poursuivie, et, d'après les statistiques de la CPS, 98 % de la population bénéficiaient d'une couverture sociale en 2009¹⁸.

La politique de généralisation de la couverture sociale en Polynésie française a été soutenue financièrement par l'Etat, de ses débuts jusqu'à 2007.

¹⁸ Le reliquat ne concerne que des cas particuliers, ne représentant environ que 5 000 personnes sur une population de plus de 260 000 habitants.

1.2.1 - La généralisation de la couverture sociale a été réalisée dans le cadre de la PSG

Cette politique a consisté à offrir, sans cotisation préalable, à tous les résidents en Polynésie française, après six mois de résidence, des droits sociaux et non plus le bénéfice d'actions sociales pour « indigents ». Ces droits sociaux ont été fixés par l'assemblée de la Polynésie française. Ils comprennent les assurances sociales (assurance maladie, assurance maternité, assurance invalidité, assurance vieillesse, assurance décès), les accidents du travail et les maladies professionnelles, les prestations familiales et l'aide sociale (aide médicale, aide aux personnes âgées, aide aux personnes handicapées, aide à l'enfance).

La création d'un régime autonome de solidarité, non contributif, ouvert à toutes les personnes ne disposant que d'un revenu inférieur ou égal au SMIG, s'est révélée être une mesure déterminante pour généraliser la couverture sociale en Polynésie française.

La généralisation de la couverture sociale aux « *publics les plus fragiles, les plus démunis ou en situation de grande précarité* », dans le cadre d'un régime non contributif qui leur est spécifiquement destiné, a été le levier efficace pour la réussite de cette politique publique. En 2009, selon les dernières statistiques disponibles, on dénombrait 62 137 affiliés au RSPF, soit près d'un quart de la population, alors qu'ils n'étaient que 47 380 en 2000.

1.2.2 - La généralisation de la couverture sociale a été soutenue par l'Etat

Cette réussite a été, au départ, facilitée par l'aide financière apportée par l'Etat. Ce soutien s'est toujours inscrit dans un cadre partenarial, respectueux de la compétence de principe de la Polynésie française. Ainsi, une première convention, dite d'association, avait déjà été ratifiée le 15 avril 1980 par l'Assemblée Territoriale. Elle avait pour but d'apporter un complément de financement pour les prestations familiales.

L'Etat, dans le cadre de la loi d'orientation n°94-99 du 5 février 1994 précitée, s'était engagé « *pour une durée de 10 ans* » à aider la collectivité de la Polynésie française à rénover son système de protection sociale¹⁹ en lui apportant un appui technique et des financements supplémentaires dans des limites prédéfinies²⁰ figurant dans l'accord. La généralisation de la couverture sociale a été placée au premier rang du développement attendu du système de protection sociale et de solidarité.

A cette fin, deux conventions « solidarité-santé » ont été passées avec la Polynésie française. La première, du 25 novembre 1994, a couvert la période 1995-1998 ; la seconde, signée le 24 novembre 1999, est arrivée à son terme le 23 novembre 2003.

Ce soutien de l'Etat a pris la forme, outre d'une dotation globale de fonctionnement pour la formation du personnel infirmier et de contrats d'objectif en matière de santé publique, d'une participation au financement du régime de solidarité. Entre 1994 et 1998, des versements forfaitaires de plus de 14,1 milliards de F CFP ont ainsi contribué au financement du RSPF. Entre 1999 et 2003, ces versements se sont élevés à 17,7 milliards de F CFP.

¹⁹ Et son système de santé.

²⁰ Article 10 de la loi n° 94-99 du 5 février 1994.

A la demande de la Polynésie française, qui souhaitait la prorogation du dispositif conventionnel, la participation financière de l'Etat au financement du RSPF a été prolongée par voie d'avenants annuels en 2004, en 2005, en 2006 et enfin, en 2007. Au total, un financement supplémentaire de 9,5 milliards de F CFP a contribué au financement du régime de solidarité après la fin des engagements conventionnels initiaux.

Depuis la création du RSPF, l'Etat a donc versé près de 41,3 milliards de F CFP en quatorze ans pour soutenir la politique de généralisation de la couverture sociale. Durant cette période, cette aide forfaitaire de l'Etat a représenté environ 20 % des recettes du régime de solidarité.

1.3 - La complexe régulation du système n'a pas été réussie

La PSG a consacré l'autonomie des régimes à travers des modalités complexes à mettre en œuvre puisqu'il s'agissait de combiner des règles assurantielles et des mécanismes de solidarité. Au nom des premières, les prestations des salariés sont financées par des cotisations, avec un effet dégressif par le jeu du plafonnement. Alors qu'au nom des secondes, la logique d'assistance veut qu'elles soient financées par une fiscalité créée à cet effet, la contribution sociale territoriale (CST), prélevée sur les revenus. Le système appelait une régulation forte qui ne pouvait être exercée que par l'assemblée de la Polynésie française. Celle-ci, pour de multiples raisons, s'est avérée défailante.

1.3.1 - La PSG est une organisation complexe à maîtriser

La collectivité de la Polynésie française, par délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994, a posé les principes généraux de l'administration de la PSG et de l'admission dans ce dispositif, au titre d'un des trois régimes polynésiens (RGS, RNS, RSPF) ou de la sécurité sociale.

Par des délibérations spécifiques²¹, la direction générale des nouveaux régimes a été confiée à des organes délibérants distincts, conseil d'administration de 18 membres pour le RNS et comité de gestion de 20 membres pour le RSPF. Ces instances, chargées de « régler par leurs délibérations les affaires du régime », sont respectivement présidées par un membre du bureau pour le RNS et par le ministre de la Solidarité pour le RSPF. Le RGS a, en revanche, conservé le conseil d'administration à composition paritaire de 28 membres qui était le sien avant la PSG²².

Cette pluralité de centres de décision, respectueuse de la spécificité de chaque régime, a trouvé des limites pratiques avec le choix d'un organisme de gestion unique, la CPS. Cet organisme était aussi l'organe de gestion de la caisse de prévoyance des salariés. A la création de la PSG, aucune délibération n'a solennellement investi la CPS d'une mission de gestionnaire de ce système: elle tient les comptes des régimes sociaux, assure la gestion des prestations, mais n'est pas responsable de l'ensemble du secteur de la PSG.

²¹ La délibération n°94-19 AT du 10 mars 1994 pour le RNS ; la délibération n° 94-20 AT du 10 mars 1994 pour le RSPF.

²² La délibération de 1999 n'a modifié qu'à la marge la composition.

Seule, la gestion technique, administrative, financière a, par conventions²³ passées avec les autres régimes sociaux, été confiée à la CPS. Chargée d'« assurer la gestion de ces trois régimes (RGS, RNS et RSPF)... elle en retrace les écritures, tant en recettes qu'en dépenses, dans trois comptabilités séparées. (art.6) ».

Pour les deux nouveaux régimes, les conventions ont prévu le versement d'une rémunération pour la prestation assurée par la CPS. Pour le régime des salariés, sa mission s'exerce dans des conditions différentes car la CPS est restée, dans le cadre de la PSG, l'organisme de gestion du régime des salariés.

Cette relative complexité de la PSG a été l'expression du compromis avec les partenaires sociaux qui a été négocié en 1994 pour que la couverture sociale généralisée puisse se réaliser. Le maintien de la distinction entre les régimes d'assurances et le régime de solidarité a été un élément fort de ce consensus qui a d'ailleurs été expressément exprimé dans la loi d'orientation du 5 février 1994.

Ces modalités constitutives ont abouti à créer une entité complexe où les gestionnaires de la PSG ne sont pas les premiers responsables de l'équilibre financier du système.

Les arbitrages de la PSG, qui consistaient à encadrer les dépenses et à équilibrer les sources de financement, ne pouvaient relever légitimement que de l'assemblée de la Polynésie française, seule détentrice de la compétence normative en matière de protection sociale et du pouvoir budgétaire de la collectivité d'outre-mer.

Or, depuis 1994, l'assemblée de la Polynésie française n'a fixé ni cadre général, ni aucun objectif de dépenses pour la PSG.

La collectivité de la Polynésie française, pourtant destinataire de toutes les décisions à incidence budgétaire des conseils d'administration, n'a pas mis en place non plus une politique d'encadrement des dépenses de santé, pour maîtriser leur progression, insoutenable à moyen terme²⁴ sans modification des taux de cotisation et sans recherche générale d'économies dans le système de santé. La collectivité de la Polynésie française s'est contentée de conserver l'approbation finale du budget comme unique levier d'action.

Ce dispositif s'est révélé insuffisant. Le maniement de ce pouvoir de régulation budgétaire n'a pas empêché le creusement continu des déficits observés depuis 2006. En 2010, il a même révélé ses limites.

²³ Convention du 27 novembre 1995, avec effet au 1^{er} janvier 1995, pour le RST, devenu RSPF ; convention du 24 juin 2002 pour le RNS.

²⁴ Rapport de la mission d'assistance à la Polynésie française de septembre 2010 (dit rapport Bolliet) et rapport public 2011 de la Cour des comptes (p. 229 et suivants).

Le gouvernement de la Polynésie française avait décidé pour des raisons financières²⁵ de ne pas approuver le budget 2010 proposé par le comité de gestion du RSPF. Le comité de gestion du régime de solidarité avait, lors de sa séance du 18 décembre 2009, rejeté le projet de budget 2010. Appelé de nouveau à délibérer sur le même projet, lors de sa réunion du 19 janvier 2010, le comité de gestion avait alors adopté un budget amendé intégrant une baisse de tarifs des professionnels de santé. Par arrêté du 17 février 2010, l'exécutif de la Polynésie française avait réglé d'office ce budget. Au motif que l'arrêté du conseil des ministres n'avait pas respecté les formes²⁶ prévues par l'article 7 de la délibération du 10 mars 1994 modifiée, ce budget a été annulé par le Tribunal administratif de Papeete²⁷.

Cette péripétie montre combien il est difficile pour la collectivité de la Polynésie française de faire prévaloir ses vues au comité de gestion du RSPF, organisme qui est pourtant présidé par un ministre de son gouvernement, mais dont la majorité est composée de 10 socioprofessionnels sur 17 membres.

1.3.2 - La complexité a été à l'origine d'importantes difficultés de gestion

L'absence de pilotage global de la PSG a laissé prospérer des lourdeurs administratives dans les procédures de la protection sociale.

Dans ce système de gestion par régimes autonomes, le rôle subsidiaire dévolu au régime du RSPF a conduit à un système complexe d'affiliation/désaffiliation en fonction de l'évolution de la situation de l'ouvrant-droit.

Le régime central est naturellement constitué par le RGS, pour lequel l'admission dépend de l'activité salariée du bénéficiaire. Cette affiliation reste valide tant que l'activité salariée est conservée. Pour le RNS, l'affiliation au régime est acquise pour tous les non-salariés, qu'ils appartiennent aux professions libérales, qu'ils soient artisans, pêcheurs ou agriculteurs, dès lors que leur revenu est supérieur au seuil d'admission au RSPF.

Ce système, qui, en dernière analyse, repose sur le niveau de revenu, s'est avéré très difficile à gérer en créant des files d'attente très importantes, en raison de la complexité de la procédure de prise en charge au RSPF.

L'admission au RSPF est décidée sur dossier par une commission²⁸ qui comprend : un maire, désigné par le SPCPF ; le directeur de la DAS, le directeur du budget, le directeur de la santé et jusqu'en 2009, un représentant du service d'assistance aux particuliers de la Présidence (SAP). Le directeur de la CPS n'y assiste qu'à titre consultatif. La commission se réunit au moins une fois par mois et prononce l'admission au régime de solidarité pour un an de toute personne²⁹ séjournant légalement sur le territoire plus de six mois de façon continue ou pour laquelle le centre des intérêts familiaux et moraux est fixé en Polynésie française ; cette personne doit disposer d'un revenu inférieur au SMIG mensuel, dont la valeur a été cristallisée à 87 346 F CFP par délibération n° 96-109 APF du 12 septembre 1996.

²⁵ Et pour s'opposer à la baisse des tarifs des professionnels de santé proposée par le comité de gestion.

²⁶ Deux rejets du comité de gestion.

²⁷ Jugement du 14 septembre 2010, lu le 5 octobre 2010.

²⁸ La délibération n° 95-261 AT du 25 décembre 1995 modifiée a fixé la composition de la commission. Celle-ci, depuis la délibération n° 2003-165 du 9 octobre 2003, est présidée par le ministre de la solidarité.

²⁹ Le bénéfice du RSPF est lié au principe du domicile de secours, qui s'acquiert par une résidence habituelle de 3 mois au moins dans une commune pour les majeurs.

La procédure d'admission au RSPF débute par la réception d'une demande, soit à la mairie de résidence, soit à l'antenne du service des affaires sociales la plus proche. Cette demande doit être accompagnée d'un dossier comprenant : une fiche de renseignement familial ; une preuve du lieu de résidence de plus de 6 mois ou une déclaration de revenus sur l'honneur contresignée par la mairie.

Le dossier de demande, appuyé d'un avis motivé du maire de la commune de résidence, est ensuite transmis à la DAS qui dispose d'un mois pour l'instruire et l'inscrire à l'ordre du jour de la plus proche commission d'admission.

Cette procédure administrative est longue mais aussi, indirectement, source d'inégalités dans le traitement des dossiers.

Le traitement des dossiers est d'abord ralenti par l'absence d'accès direct des communes au fichier du RSPF tenu par la CPS, ce qui les prive de la connaissance exacte de la situation de la personne au moment où elle sollicite son inscription³⁰. Ceci est particulièrement pénalisant puisque 90 % des dossiers proviennent des communes³¹.

La durée limitée à un an de l'admission au RSPF a démultiplié les charges administratives qui avaient été sous-évaluées au démarrage de la PSG³². La personne affiliée doit confirmer son inscription au RSPF avant le 31 mars de l'année qui suit l'expiration de ses droits. A défaut, elle est automatiquement désaffiliée, ce qui l'oblige à représenter un dossier pour, de nouveau, prétendre à l'affiliation au régime. Le circuit de traitement des dossiers compte, à ce jour, près de 9000 dossiers en attente³³. Les retards dans l'instruction des demandes, après avoir dépassé 5 ans entre 2000 et 2005, ont été ramenés à 20 mois en 2007. Aujourd'hui, en dépit des efforts, ils sont encore de l'ordre d'une année.

Ces files d'attente importantes sont principalement dues au goulot d'étranglement constitué par la capacité annuelle d'examen de la commission, qui se situe entre 5 000 et 6 000 dossiers, alors que les demandes déposées dépassent à ce jour le nombre de 10 000, et qu'elles étaient 8 840 en 2007, 9 258 en 2008 et 9 855 en 2009.

La fréquence irrégulière des réunions de la commission explique en partie cette accumulation de dossiers en attente. D'après les dispositions réglementaires, la commission doit se réunir chaque mois. Or, depuis 2006, la fréquence mensuelle des réunions n'a jamais été respectée : 8 réunions en 2007, 4 en 2008, 7 en 2009.

Cette procédure d'admission, au terme d'un examen annuel des droits par une commission, s'est avérée en fait très peu discriminante. Les statistiques d'activité de la commission montrent que le taux de refus est inférieur en moyenne à 2 % des dossiers déposés.

³⁰ La CPS précise que la DAS a bien accès à ses fichiers, par une liaison sécurisée et protégée par mot de passe. Elle émet l'hypothèse que cette liaison n'a pas été ouverte dans les communes pour des raisons de coût.

³¹ Les situations d'urgence sont traitées directement par le directeur de la DAS qui en rend compte au comité de gestion lors des bilans d'activité. Ce type d'admission concerne environ 10 % des dossiers.

³² Voir rapport de la mission d'assistance de la Polynésie française (septembre 2010).

³³ Ces dossiers concernent pour 90% d'entre eux des validations d'affiliations prononcées provisoirement, dans l'attente de la réunion de la commission, permettant aux bénéficiaires de conserver leurs droits et pour les 10% restants, des dossiers rejetés pour défaut ou insuffisance d'information, notamment sur les ressources des requérants.

En second lieu, les dossiers ne sont pas tous traités de manière identique par les communes. Les moyens mis à disposition pour la constitution des dossiers varient selon les collectivités. Certaines disposent de services spécialisés, d'autres n'y consacrent que des moyens très limités.

De plus, tous les dossiers ne sont pas traités selon ce mode d'admission. La procédure générale se double d'une autre voie d'admission qui relève du directeur de la DAS. Cette dernière procédure représente environ 10 % des cas, qui, pour la plupart, relèvent de l'urgence sociale.

Il a été mis fin en 2009 aux dossiers préparés par les services de la présidence³⁴ qui, jusqu'en 2004, ont donné lieu à des abus notoires.

L'accès au RSPF est soumis à conditions de ressources, mais la connaissance exacte des revenus n'est pas fiabilisée en Polynésie française, notamment pour les personnes non salariées. De sorte que les bases sur lesquelles est prononcée l'admission dans les régimes sociaux du RSPF et du RNS restent peu vérifiables. Depuis 2003, une recherche plus poussée de la connaissance des revenus réels de la personne a été mise en place. Elle consiste à demander la production, à l'appui des demandes, des relevés bancaires et postaux des six derniers mois du postulant, l'extrait du rôle des contributions, et, le cas échéant, une copie de la carte grise du véhicule et une déclaration sur l'honneur que le postulant ne bénéficie d'aucune autre ressource. Ce renforcement des procédures ne comble que partiellement les lacunes d'un système fondé sur des critères de revenus, dans une collectivité où leur connaissance par l'administration n'a pas été fiabilisée par des contrôles plus systématiques³⁵.

Enfin, cette procédure d'affiliation entraîne nécessairement un lourd travail de suivi du parcours des affiliés afin de déterminer le montant des compensations financières entre les régimes, liées aux mouvements naturels des inscriptions ou des désinscriptions.

1.3.3 - La régulation générale de la PSG n'a pas été suffisamment assurée

Les modalités d'institution et de mise en œuvre de la PSG semblent impliquer que sa régulation incombe à la collectivité de la Polynésie française.

Loin d'investir ce nouveau rôle, la collectivité n'a pas modifié son attitude de retrait, qui l'avait conduite en 1991 à réduire sa représentation au conseil d'administration du régime des salariés (RGS).

Le choix du paritarisme dans la gestion de la protection sociale n'a pas été suffisamment contrebalancé par l'activation immédiate des instances de concertation et de contrôle qui auraient permis à la puissance publique de mieux coordonner le système de protection sociale et de solidarité.

³⁴ Rapport de la chambre territoriale des comptes sur la présidence de la Polynésie française du 31 janvier 2006.

³⁵ Rapport de la mission d'assistance à la Polynésie française (septembre 2010).

La collectivité de la Polynésie française, qui siégeait dans les conseils d'administration des régimes en qualité de puissance publique, a, depuis cette date, accepté de n'y siéger qu'en qualité d'employeur³⁶.

Ayant abandonné ses moyens d'intervention dans la gestion du principal régime social, la collectivité de la Polynésie française a souvent été contrainte de recourir à des interventions autoritaires pour surmonter les difficultés financières liées au dynamisme particulier des dépenses d'assurance maladie, au risque d'écorner les principes fondamentaux de la PSG.

Ainsi, dès les premières années de fonctionnement de ce système, la cristallisation du seuil d'admission au RSPF, au lieu de son évolution avec le SMIG³⁷, a été l'expédient trouvé pour limiter la dépense sociale du RSPF que la Polynésie française devait financer. Le décrochage avec le SMIG³⁸, notamment depuis 2005, a ainsi opéré un transfert tacite des charges sur les deux autres régimes. Plus tard, en 1998, un plan de maîtrise des dépenses de santé, décidé par l'assemblée de la Polynésie française, est resté quasiment lettre morte³⁹.

Le pilotage général du système n'ayant pas été exercé par la collectivité de la Polynésie française, les instances de consultation ou de contrôle prévues pour préparer la prise de décision n'ont pas été mises en place ou n'ont pas fonctionné. C'est ainsi que le Conseil supérieur de la protection sociale et de l'action sociale⁴⁰, « *organisme de consultation et de concertation sur toutes mesures entrant dans le domaine de la protection sociale et de l'action sociale* » créé par l'arrêté du 1^{er} septembre 1997, dans le cadre de la PSG, n'a eu, jusqu'en 2010, aucune activité. Avant le 22 juillet 2010, l'outil existait mais il n'était pas utilisé.

Par ailleurs, depuis que la PSG a été adoptée, l'assemblée de la Polynésie française n'a fixé aucun cap, ni aucune prévision financière à moyen terme. Et lorsque des politiques sectorielles ont été définies, la collectivité de la Polynésie française, aux prises avec une instabilité permanente depuis 2004, ne s'est guère emparée de ces sujets fondamentaux. Pour tenter de modérer les dépenses de santé, une politique de maîtrise avait pourtant été votée en 1998, mais celle-ci n'a guère été contrôlée et suivie par l'assemblée de la Polynésie française ou le conseil des ministres avant les premières manifestations concrètes de la crise.

Il a fallu la survenance de la crise économique en 2007 pour que ce sujet commence à faire l'objet de réflexions et de projets de réforme de la PSG⁴¹.

³⁶ Cette gestion par les partenaires sociaux est un emprunt au modèle de la sécurité sociale française de l'après-guerre. Ce modèle a été réformé en 1996.

³⁷ Article 1er. de la délibération n° 96-109 AT du 12 septembre 1996 : « *La référence au salaire minimum interprofessionnel garanti (S.M.I.G.), définie dans tous les actes fixant le montant des primes, indemnités, allocations diverses et autres rémunérations ainsi que celui des prestations ou des revenus permettant de bénéficier de l'admission à des régimes sociaux, est remplacée par la référence à la somme de 87.346 F CFP* ».

³⁸ Dont le montant est actuellement fixé à 144 000 F CFP.

³⁹ Délibérations n° 98-162 à 98-166 APF du 15 octobre 1998 (cf. rapport de la chambre territoriale des comptes du 13 janvier 2011 sur la «mission santé »).

⁴⁰ Ce conseil est présidé par le président de la Polynésie française. Il regroupe les représentants institutionnels, les organisations professionnelles, les organisations syndicales, les représentants du monde rural et les associations familiales et éducatives. Chaque année, ce conseil est destinataire d'un rapport sur l'état de la protection sociale et de l'action sociale préparé par le ministre chargé de la protection sociale.

⁴¹ Notamment la réforme de la PSG 2, présentée par Mme Armelle MERCERON, ministre de la solidarité, de l'habitat et de la famille, en charge de la réforme de la protection sociale généralisée en 2009.

L'articulation complexe, entre des régimes contributifs (RGS et RNS) et non contributifs (RSPF), n'a jamais pu être arbitrée au niveau adéquat. Les débats ont été limités aux organes délibérants des différents régimes, mais n'ont jamais, ou très rarement, été mis à l'ordre du jour de l'assemblée de la Polynésie française.

De manière très significative, cette mutation fondamentale qu'a représentée la PSG en Polynésie française, n'a pas donné lieu à la création pérenne d'un grand ministère des Affaires sociales et de la santé qui lui aurait donné corps. C'est ainsi qu'au gré des nombreuses compositions gouvernementales qu'a connues la période, les attributions du domaine social sont demeurées morcelées entre plusieurs ministres⁴². Il a fallu attendre août 2008 pour que soient associées, dans les attributions du même ministre, pour un temps très court, les compétences relatives à la solidarité et à la tutelle sur le système de protection sociale, et ce n'est qu'en mars 2011, que ces attributions ont été regroupées au sein d'un même ministère avec celles concernant la santé.

Toutes ces insuffisances dans la gouvernance de la protection sociale et de la solidarité expliquent les raisons pour lesquelles aucune idée directrice sur les relations avec les partenaires sociaux et la collectivité d'outre-mer, puissance publique, n'ait jamais été adoptée puis appliquée en matière de gestion de la protection sociale et de la solidarité.

Des constats analogues peuvent aussi être dressés en ce qui concerne la réalisation des plans d'équipement en établissements sociaux spécialisés, définis en 2003, et qui sont restés sans suite concrète depuis lors.

La gouvernance du système est devenue confuse alors même que la compétence normative de la Polynésie française est totale depuis bientôt quarante ans. La définition du rôle de chacun des acteurs de la PSG a évolué depuis 1995. D'un côté, les partenaires sociaux n'entendent pas abandonner la place centrale qui leur a été reconnue dans le cadre de la gestion paritaire de la PSG. De l'autre, la collectivité de la Polynésie française semble hésiter à reprendre, sans remettre en cause cette gestion paritaire, sa place naturelle de régulatrice en dernier ressort de la protection sociale et de la solidarité.

2 - Le système est devenu instable sous l'effet d'une crise mal anticipée

L'absence de définition précise des concepts et des règles de fonctionnement de la PSG, la forte progression des besoins de financement, avivée depuis 2007 par le ralentissement de l'économie polynésienne, ont contribué à rendre instable le système de protection sociale et de solidarité.

A ce jour, la protection sociale et la solidarité subissent une crise qui touche autant l'organisation générale du système que les structures qui le financent. La situation est devenue particulièrement critique avec l'augmentation de la précarité sociale liée à la crise économique, et l'amorce du vieillissement de la population.

⁴² La protection sociale et la solidarité n'ont d'ailleurs pas plus été rapprochées de la santé, alors que la moitié des dépenses de protection sociale proviennent de ce secteur. Le rapport de la mission d'assistance à la Polynésie française (octobre 2010), mais aussi le rapport de la chambre territoriale des comptes sur la mission santé (13 janvier 2011), ont fortement recommandé qu'un seul ministre couvre la protection sociale et la santé.

2.1 - Le système de protection sociale et de solidarité est devenu instable

2.1.1 - Des incertitudes pèsent sur les règles de fonctionnement de la PSG

Le système de la PSG a reposé, depuis sa création jusqu'en 2007, sur plusieurs règles de fonctionnement qui sont aujourd'hui remises en cause.

2.1.1.1 - Les régimes non contributifs ne bénéficient plus de garanties juridiques d'équilibre

L'équilibre des budgets du RSPF et du RNS ne fait plus l'objet d'engagements juridiques pluriannuels. Chaque année, les subventions versées font désormais l'objet d'accords négociés avec les régimes lors du vote du budget de chaque régime. La subvention publique est proposée par le comité de gestion au conseil des ministres qui l'accepte ou la refuse⁴³.

Les seuls documents où figurait le principe du versement d'une subvention d'équilibre étaient les conventions Etat-Territoire de 1993 et du 24 novembre 1999. Cette dernière convention prévoyait expressément que : « *la Polynésie française, pour sa part, s'engage à assurer l'équilibre du régime de solidarité territoriale* ».

Cette convention, qui est arrivée à son terme en 2004, puis a été prorogée par avenants, est devenue caduque en 2007. Depuis, aucune disposition juridique n'oblige la Polynésie française à verser une subvention d'équilibre au RSPF.

La subvention que verse la Polynésie française au régime de solidarité n'est donc pas une subvention d'équilibre au sens où est généralement entendue cette notion. La subvention au RSPF résulte de l'article 16 de la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 qui dispose que : « *Le financement du risque maladie du régime de solidarité est assuré par des fonds publics, ainsi que par le produit des contributions territoriales de solidarité et de toute autre contribution qui y serait affectée* ». A ce jour, aucune autre disposition figurant dans une délibération ou dans une convention ne fixe le principe d'une subvention annuelle d'équilibre.

2.1.1.2 – Depuis 2008, la participation de l'Etat au financement du régime de solidarité a été reconsidérée

La répartition initiale des financements du régime de solidarité a changé en 2008, année où l'aide financière de l'Etat au RSPF a cessé après avoir été reconduite quatre fois par voie d'avenants. La collectivité de la Polynésie française estime que l'intervention de l'Etat correspond à l'exercice de la solidarité nationale. Dans une lettre du 14 août 2008, le Secrétaire d'Etat à l'Outre-mer, M. Yves JEGO, avait précisé la position du gouvernement, qui attendait la rénovation annoncée du système de protection sociale en Polynésie française pour « *voir dans quelles conditions l'Etat pourrait poursuivre son soutien aux politiques de solidarité conduites localement* ». Il proposait son expertise, mais réaffirmait son respect scrupuleux de « *l'autonomie de la Polynésie française dans la République* ». Il ajoutait : « *L'Etat prendra*

⁴³ Article 7 de la délibération n° 94-20 du 10 mars 1994.

naturellement sa pleine part à ce travail de réflexion (rénovation du système de protection sociale), dans le strict respect des compétences de votre gouvernement, et mobilisera les capacités d'expertise que vous souhaitez solliciter auprès de lui. A l'issue de ces travaux et des autres démarches engagées avec votre gouvernement, il conviendrait de voir dans quelles conditions l'Etat pourrait poursuivre son soutien aux politiques de solidarité conduites localement. »

Cette lettre pose donc des limites et des conditions qui, sur un plan technique, font écho aux recommandations figurant dans le rapport d'évaluation de la mission IGAS de janvier 2004⁴⁴.

Or, à ce jour, aucun de ces points n'a encore été traité par la collectivité de la Polynésie française, rendant hypothétique⁴⁵ la reprise d'un quelconque soutien à court terme.

2.1.1.3 - Le régime financier du fonds d'action sociale est complexe et opaque

Un fonds d'action sociale (FAS)⁴⁶ a été institué « *pour compléter les prestations servies aux plus démunis* » et pour « *poursuivre l'action de l'Office territorial de l'action sociale (OTASS)* ». Le FAS est un budget annexe du RSPF⁴⁷. Le dispositif réglementaire et conventionnel est le suivant : le comité de gestion RSPF vote le budget du FAS, après approbation du programme d'action sociale élaboré par le directeur de la DAS ; les engagements de dépenses sont effectués par la DAS (directeur) ; les paiements sont effectués par l'agent comptable de la CPS, contre rémunération (frais de gestion).

Beaucoup d'interrogations et de suspicions ont entouré ces modalités de gestion avant que le fonctionnement des comptes du RSPF et du FAS, tenus par la CPS, ne soient vérifiés par la Cour des comptes, qui a estimé que le comptable « *ne maniait pas d'autres fonds que ceux reçus... des mains du payeur [de la Polynésie française], comptable public à qui il incombe de s'assurer de la conformité des dépenses engagées par l'ordonnateur au regard du budget du régime de solidarité et du budget annexe du FAS* ».

La procédure de paiement du Fonds d'action sociale du RSPF mériterait néanmoins une clarification. Il serait très utile que, dans cette procédure, soit à nouveau précisée dans la convention n° 95-2682 du 29 décembre 1995 relative à la gestion technique du FAS du RSPF⁴⁸, le rôle exact de la direction des affaires sociales (engagement juridique et comptable, mise en paiement), et de l'agent comptable de la CPS (paiement des dépenses), afin que les domaines d'intervention de chacun soient clairement définis.

En réponse aux observations provisoires, le Président de la Polynésie française acquiesce à cette proposition.

⁴⁴ Voir § 2.3.1.2.

⁴⁵ Dans le rapport de la mission d'assistance à la Polynésie française (dit rapport BOLLINET), le scénario retenu pour le RSPF n'est pas la reprise de la participation de l'Etat.

⁴⁶ Délibération n° 95-135 AT du 24 août 1995.

⁴⁷ Convention relative à la gestion administrative et financière du RST (devenu RSPF) en date du 27 novembre 1995, signée entre la CPS et le comité de gestion du régime.

⁴⁸ Convention signée entre la Polynésie française et le comité de gestion du RST (devenu RSPF).

Au demeurant, le FAS du RSPF ne devrait servir qu'au paiement de prestations. Actuellement, il sert aussi de vecteur de financement pour les programmes d'action sociale : pour l'insertion, la prévention ou la lutte contre l'exclusion sociale. Ces dépenses correspondent à environ 10 % des fonds versés au FAS⁴⁹. Il s'agit d'actions sociales financées par la collectivité de la Polynésie française au profit de publics fragiles sur la base de dossiers instruits par la DAS.

Le circuit de mise en paiement est identique à celui des bons et des factures des prestations en espèces de l'aide sociale. Une fois l'accord obtenu, il est matérialisé par une lettre d'engagement visée. Les subventions sont mises en paiement par la DAS auprès de l'agent comptable de la CPS.

Dès l'origine, l'action sociale de la Polynésie française, qui, par principe, ne concerne pas uniquement les bénéficiaires du RSPF, a été amalgamée aux autres paiements du FAS.

Cette dépense aurait normalement dû être traitée comme toutes autres dépenses de la Polynésie française. Le système dérogatoire actuel, qui organise une gestion des fonds par le biais du FAS, dans des conditions prévues par des conventions, aboutit à une sortie de fonds qui s'effectue hors la vue du payeur, qui plus est, dans un cadre où le ministre, donc le délégué de l'ordonnateur principal de la Polynésie française, préside la commission d'attribution.

2.1.1.4 – Le calcul des versements compensatoires ne repose sur aucun accord formalisé

Des versements compensatoires sont effectués, par la collectivité de la Polynésie française, dans le cadre de dispositions conventionnelles prévoyant sa participation, en complément « *des [...] cotisations nécessaires à l'affiliation au régime d'assurance maladie des ressortissants dont les capacités contributives sont insuffisantes.* ».

Le principe de cette participation paraît clair, puisqu'il s'agit, en quelque sorte, d'une substitution de la collectivité de la Polynésie française aux ressortissants dont les revenus ne leur permettent pas de payer leurs cotisations au RNS. Toutefois, depuis la création du régime, aucun mode de calcul des soldes dus n'a été validé dans une convention pour déterminer le montant de la participation de la Polynésie française au régime des non salariés.

En pratique, la collectivité de la Polynésie française a toujours fait l'avance du montant estimé des cotisations à prendre en charge à ce titre dans l'année. En fin de gestion, le montant net est arrêté et le solde de l'avance est considéré comme à valoir sur l'année suivante. Il s'ensuit un système compliqué de reprises des cotisations non justifiées, dont le montant est arrêté au moment de l'élaboration du budget, sur présentation des justifications que l'agence comptable de la Caisse de prévoyance sociale (CPS) établit sur la base de l'article 14 de la délibération n° 96-4 du 3 février 1994 déterminant les éléments à prendre en compte.

Ce système a conduit à des reprises de 437 millions de F CFP en 2004, 365 millions en 2005, 55 millions en 2006, 262 millions en 2007, 185 millions en 2008, 433 millions en 2009.

⁴⁹ Ces programmes ont ainsi représenté une dépense de 135 MF CFP en 2009.

2.1.1.5 - Les justifications du circuit de financement dérogatoire des établissements sociaux et médico-sociaux sont fragiles

Depuis la réforme de la PSG de 1994, les financements destinés aux établissements sociaux et médico-sociaux proviennent du budget du RSPF où ils sont principalement comptabilisés à la rubrique « handicap ». Ce faisant, ils suivent le même circuit de paiement que les aides sociales (bons) et les programmes d'action sociale.

Dans le cadre de la convention constitutive du 28 décembre 1994, il est effectivement prévu que les dépenses afférentes à la « *couverture du risque lié aux handicaps médico-sociaux* » soient exécutées en paiement par l'agence comptable de la CPS.

Les établissements sont ouverts à tous les affiliés, quel que soit leur régime d'affiliation. Cette assignation budgétaire au régime de solidarité paraît donc peu justifiée. Ces financements relèvent directement des politiques sociales de la collectivité de la Polynésie française.

Un retour vers une mise en paiement directe aux établissements par le payeur de la Polynésie française, après visa du contrôleur des dépenses engagées (CDE), semble souhaitable, d'autant que l'instruction des demandes des établissements est effectuée par la DAS et qu'il s'agit de sommes importantes, puisque ces versements dépassent régulièrement le milliard de F CFP chaque année⁵⁰.

Dès lors, l'arrêt de ce système dérogatoire, qui organise conventionnellement une mise en paiement de ces fonds par le biais du FAS, sans contrôle du payeur de la collectivité et de l'assemblée de la Polynésie française, paraît être une clarification utile.

2.1.2 - La rapidité de la croissance de la demande sociale a accru l'instabilité du système

Depuis la création de la PSG, les besoins sociaux auxquels doit faire face le système de protection sociale, n'ont cessé d'augmenter.

Plusieurs raisons sont à l'origine de cette progression continue des demandes sociales. Les premières sont conjoncturelles. Elles proviennent de la précarisation des conditions de vie découlant de la crise économique qui a frappé la Polynésie française à partir de 2007. Les secondes, plus structurelles, sont liées à l'accès généralisé aux soins médicaux les plus sophistiqués dans le cadre de diversification de l'offre de soins et de la modernisation de la société qui a été observée depuis 1995.

⁵⁰ 1,1 milliard de F CFP en 2004 et 1,2 milliard de F CFP en 2009.

2.1.2.1 - Des raisons conjoncturelles

Le ralentissement du cycle économique en Polynésie française a commencé à faire sentir ses effets en 2007 et s'est ensuite rapidement accentué : 4 000 emplois salariés ont été perdus depuis 2008. La situation sociale de la Polynésie française s'est donc considérablement dégradée, « *faute d'allocation chômage et de RSA* » écrivait le directeur de la DAS dans le rapport d'activité de la direction en 2009. En 2010, un chômeur recensé sur deux a moins de 25 ans.

Le système de protection sociale et de solidarité a été contraint de répondre aux difficultés sociales engendrées par la conjoncture économique, en utilisant les deux seuls amortisseurs sociaux dont la Polynésie française s'était dotée, les prestations familiales et le RSPF avec son fonds d'action sociale.

Entre 2007 et 2009, l'effectif des ressortissants du RSPF s'est ainsi accru de 10 000. Ils étaient 51 900 en 2007 et 62 137 en 2009. Force est de constater que la réalité sociale à laquelle renvoient ces chiffres est celle d'une paupérisation croissante de la société polynésienne.

Les besoins sociaux ont connu depuis 2007 une progression très forte. D'après la DAS, au moins 20 000 familles vivent avec des revenus en-dessous du seuil de pauvreté. Entre le premier trimestre 2009 et le premier trimestre 2010, la DAS a constaté une augmentation de 30 % de la distribution des bons alimentaires du FAS.

2.1.2.2 - Des raisons structurelles

D'après les dernières études démographiques effectuées après le recensement de 2007, la société polynésienne est entrée dans une phase de post-transition démographique. Dans cette phase, la proportion des jeunes de moins de 20 ans (36,1 %) diminue, celle de la population en âge de travailler (55,2 %) suit la même tendance, alors que la proportion des personnes de plus de 60 ans (8,7 %) augmente.

Actuellement, la société polynésienne ne se trouve qu'au début de la phase de transition. La population vieillit, et vieillit très rapidement. D'après les projections de l'ISPF, en 2027, la pyramide des âges ressemblera à un cylindre, en se gonflant fortement au sommet, alors que la base sera réduite à partir de 2017 : « *Le vieillissement de la population devrait s'accélérer compte tenu du passage très rapide d'une pyramide des âges de forme triangulaire, caractéristique des pays en croissance démographique, à une pyramide des âges de pays avancé avec une base rétrécie et un sommet de plus en plus large*⁵¹ ».

⁵¹ ISPF - données démographiques 2010.

Sur ces données démographiques viennent se greffer les transformations des comportements sociaux, en lien avec la modernisation progressive de la société polynésienne : les progrès constants de la décohabitation, la baisse de la natalité, l'augmentation du nombre des personnes âgées et l'effacement des régulations de la société traditionnelle. Cette situation conduit inéluctablement à une croissance des besoins d'interventions sociales et à une modification des réponses sociales du système de protection et de solidarité. Le défi à relever n'est pas seulement quantitatif, il est aussi qualitatif.

Le système de protection sociale et de solidarité est donc confronté à des remises en causes qui ne sont pas simplement conjoncturelles.

A ce jour, plusieurs paramètres indiquent qu'il s'agit d'une croissance et d'une transformation des besoins sociaux qui les font ressembler de plus en plus à ceux d'une société de pays avancé. Par exemple, les familles monoparentales représentent déjà 5,5 % de la population ; le nombre d'occupants par logement baisse, et accroît corrélativement le besoin en logement ; l'isolement des personnes âgées est devenu une réalité sociale : le nombre de personnes âgées vivant seules augmente et ne cesse d'augmenter. Le rapport de dépendance des personnes âgées, qui était de 97 pour mille en 2007⁵² passera à 188 pour mille en 2027.

Ces changements sociaux ont contribué à déstabiliser le système actuel de protection sociale et de solidarité. Les outils existants ne paraissent plus adaptés. Les prestations familiales et les bons délivrés par le FAS du régime de solidarité, à partir desquels s'exerce en grande partie la solidarité, ne sont plus suffisamment adaptés à l'ampleur des besoins à satisfaire.

En 2010, au comité de gestion du RSPF, le directeur de la DAS, en se fondant sur les observations de ses services, déclarait que « *dans ce contexte et quelle que soient les théories relatives au rôle de la protection sociale, les aides délivrées dans les permanences sociales ne peuvent pallier ces situations et des mécanismes de soutien sous forme de prestations légales aux familles devront être mises en place rapidement* ».

2.2 – Le système est frappé par une crise de son organisation qui avait été annoncée de longue date

La crise de l'organisation générale du système a directement été provoquée par les absences, les dysfonctionnements et les carences observées soit au niveau de la décision et du contrôle des fonds publics versés, de l'encadrement réglementaire mais aussi des moyens et des compétences mis au service de la protection sociale et de la solidarité.

Cette situation est d'autant plus regrettable que ces défauts du système avaient été signalés par plusieurs rapports d'experts. L'absence de réforme a rendu presque inéluctable la crise d'organisation qui frappe actuellement le système.

⁵² Il était de 270 pour mille en France métropolitaine.

2.2.1 – Bien qu’annoncée, la crise de l’organisation du système n’a pas pu être évitée

2.2.1.1 - Les dysfonctionnements potentiels avaient été diagnostiqués

Le rapport de Bernard Brunhes International de septembre 1997 déconseillait de persister dans l’organisation du système en régimes autonomes, trop compliqués à gérer efficacement, et prônait qu’au moins un rapprochement progressif entre les régimes soit piloté par la collectivité de la Polynésie française. Il y était écrit : « *Quels que soient les choix futurs, dont il est probable qu’ils aillent plutôt dans le sens d’une harmonisation des régimes, sinon vers l’unité totale, une clarification s’impose. La mission estime qu’une procédure graduelle pourrait utilement être imaginée et servir de base à une solution consensuelle. Dans un premier stade, il s’agirait de concevoir une union des régimes dirigée par un conseil d’administration composé au prorata des ressortissants des régimes* ».

Mais aucun rapprochement ne fut opéré. Et les inconvénients annoncés se sont rapidement réalisés : constitution de files d’attente à l’admission au RSPF ; affiliation dans les régimes du RNS et RGS d’assurés qui, sans cristallisation de la valeur du SMIG à celle de 1996, auraient normalement relevé du régime de solidarité.

Les Etats généraux de l’outre-mer, en 2009, avaient réitéré les mêmes recommandations. Un projet de gestion de la PSG par branche ou risque avait commencé d’être discuté durant le ministère de Mme MERCERON, membre d’un gouvernement TEMARU, mais n’a pas débouché sur des réalisations concrètes.

En 2010, la mission d’assistance à la Polynésie française a considéré que la PSG était dans « *une situation alarmante* ». Au titre des solutions possibles, la mission s’est interrogée sur la pertinence du maintien de trois régimes distincts au sein du système : « *Leur coexistence génère des coûts de gestion supplémentaires pour la CPS. Elle est moins propice à l’exercice de la solidarité à l’échelle de la Polynésie française. Il serait possible d’imaginer une protection sociale généralisée structurée autour de grands risques, la maladie, la vieillesse, la famille et peut-être, à bref horizon, la perte d’emploi* ».

Depuis, le système n’a fait l’objet d’aucune réforme. Il reste sans mécanisme de contrôle adapté et sans dispositif d’évaluation à la hauteur des enjeux financiers et sociaux considérables de la protection sociale et de la solidarité.

2.2.1.2 - Des dispositifs de contrôle et d’évaluation réduits à la portion congrue

La crise du système de pilotage de la PSG est particulièrement tangible dans deux domaines : le défaut d’encadrement réglementaire des activités et l’influence très limitée des dispositifs de contrôle et d’évaluation.

Le déficit de réglementation est aussi bien quantitatif que qualitatif : il manque des textes et les normes existantes souffrent souvent d’un défaut d’actualisation.

Ainsi, les textes concernant la protection sociale et la solidarité sont issus de délibérations qui forment un ensemble relativement épars, manquant de lisibilité. Le Code de l'action sociale et des familles (partie législative), introduit en Polynésie française en 2001⁵³, n'a pas fait l'objet d'adaptations. Il contient des pans entiers de législation non applicables.

La nécessité d'une codification avait déjà été signalée dans le rapport Brunhes de septembre 1997 : « *Lorsque les élagages auront été opérés, la mission recommande d'entreprendre la codification des textes ainsi émondés* ». Pour autant, les dispositions réglementaires relatives à la PSG sont restées non codifiées, quoique le projet de rédiger des textes adaptés au contexte polynésien ait été maintes fois évoqué. Mais quinze ans après, le code polynésien reste à l'état de projet inachevé⁵⁴.

L'organisation de la PSG a bien été dotée, quelques années après son démarrage, d'un organisme de contrôle : la délégation générale pour la protection sociale (DGPS). Cette délégation a été créée en 1999 avec pour mission le contrôle et l'évaluation des régimes de protection sociale. Mais, ce service, aux missions théoriquement étendues, a été cantonné au contrôle de légalité des décisions des organes délibérants des régimes. La tutelle de la Polynésie française sur la PSG s'est donc limitée aux aspects juridiques et réglementaires. En outre, ce service, qui, à l'origine, devait jouer pour le système polynésien un rôle similaire à celui de l'IGAS pour la sécurité sociale, a été constamment sous-dimensionné en personnel et en moyens. Depuis dix ans, ce service est composé d'un seul cadre A assimilé et d'une secrétaire. Il n'a été renforcé, depuis trois ans, que par l'affectation d'un contractuel de formation juridique. Cette inadéquation flagrante entre le rôle que devait jouer cette délégation générale et les moyens qui lui ont été consentis, ont rapidement réduit son aptitude à contribuer efficacement au contrôle et, surtout, à l'évaluation du système de protection sociale.

Il en résulte qu'aucun service administratif n'a été chargé d'évaluer le système de la protection sociale. Cette fonction évaluatrice était partagée avec le Conseil de la protection sociale qui, d'après les textes constitutifs, devait conduire des réflexions prospectives sur le système polynésien. Mais, cette instance, pas plus que la DGPS, n'a jamais réellement fonctionné⁵⁵ conformément à ce pourquoi elle avait été créée.

2.2.2 - Le déficit de moyens et de compétences adaptées n'a pas été suffisamment traité

Afin d'assurer le succès durable de la PSG, le rapport Brunhes, en septembre 1997, et celui de l'IGAS, en janvier 2004, avaient mis la formation au premier rang des priorités des politiques à entreprendre.

Le rapport de l'IGAS en 2004 avait noté un effort louable dans le domaine de la formation qui traduisait « *une volonté de professionnaliser les personnels, tant par la formation initiale que par la formation continue, indispensable du fait du bas niveau de nombreux personnels recrutés antérieurement.* »

⁵³ JOPF n° 3 du 18 janvier 2001.

⁵⁴ La DAS évoque un code qui comprendrait une partie commune consacrée aux règles générales relatives à l'organisation administrative et financière de la CPS, une partie consacrée à chaque branche (ou régime) et une partie qui traiterait de l'aide et de l'action sociale.

⁵⁵ Ce conseil n'a été sorti de son inactivité qu'en juillet 2010.

Mais les efforts se sont avérés encore trop peu soutenus. En outre, des raisonnements trop malthusiens ont conduit à limiter les formations prises en charge à l'échelon des cadres de premier niveau. Il n'y a pas eu d'effort particulier pour former des directeurs d'établissements sociaux ou des directeurs d'hôpitaux.

Le système souffre donc actuellement d'une crise des moyens et des compétences qui entrave son développement et ses performances.

2.2.2.1 - Le déficit des moyens et des compétences

Le manque d'agents qualifiés est une question ancienne. Les progrès sont réels mais trop lents. Cette inadaptation aux besoins pénalise le bon fonctionnement du système de protection sociale et de solidarité.

Depuis très longtemps, les services sociaux manquent d'agents spécialisés en nombre suffisant.

Le manque de travailleurs sociaux qualifiés sur le terrain, dans les circonscriptions ou dans les établissements et associations, reste une difficulté dont le système de protection sociale et de solidarité ne cesse de souffrir.

Le manque de cadres de niveau « inspecteur IASS » et de directeurs d'établissement ou d'hôpital reste encore une carence importante du système.

En 2004, le service des affaires sociales avait établi un tableau comparatif de ses effectifs par rapport à un effectif théorique (norme ministère des affaires sociales de l'Etat)⁵⁶. Toutes catégories confondues, il manquait, au 31 décembre 2004, 109 postes par rapport aux normes applicables au niveau national. Depuis, les emplois n'ont que faiblement progressé et l'écart en 2010 n'a presque pas changé (88), et demeure le plus important pour les emplois qualifiés d'assistante sociale ou de psychologue, même si on tient compte des 200 éducateurs et agents qui travaillent dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Ce déficit est, par ailleurs, aggravé par les effets négatifs d'une utilisation contestable des compétences en matière sociale.

A l'échelon central de la DAS, ont longtemps été concentrées les compétences disponibles en matière sociale, renforçant la pénurie constatée sur le terrain dans les circonscriptions. L'organisation des services a conduit⁵⁷ à soustraire trop d'agents qualifiés dans le domaine social, où ils étaient relativement peu nombreux, pour effectuer des tâches d'administration ou de gestion pour lesquelles les compétences en matière sociale ne sont pas indispensables. A l'opposé, sur le terrain, un agent qualifié est censé traiter 600⁵⁸ familles en difficulté, 46 enfants placés et 18 personnes âgées placées.

⁵⁶ Voir annexe 5.

⁵⁷ Un redéploiement des personnels en circonscription en polyvalence de secteur est actuellement en cours de mise en place.

⁵⁸ 20 000 familles vivent avec des ressources inférieures au seuil de pauvreté (rapport d'activité 2009 de la DAS).

En réponse à ces carences, la mission d'assistance à la Polynésie française a préconisé, en septembre 2010, un scénario de fusion des services (DAS, santé et DGPS), afin de mettre en facteur commun les compétences en matière sociale, encore trop rares, et d'offrir aux autorités politiques une vision panoramique du système de protection sociale et de solidarité qui paraît indispensable à la prise de décision.

2.2.2.2 – Les efforts en matière de formation restent insuffisants

La Polynésie française s'est efforcée de répondre à cet impératif, sans toutefois parvenir encore à un niveau satisfaisant. De 1999 à 2009, les formations qualifiantes aux métiers du social ont été réalisées en Polynésie française par deux organismes : depuis 1999, par l'Institut régional aux fonctions éducatives (IRFE) de Limoges, dans le cadre d'une convention n° 98-1755 du 12 mai 1998, et depuis 2006, par l'école d'assistants de service social de la Croix Rouge française de Limoges, dans le cadre d'une convention n° 6-0251 du 19 mai 2006.

Mais ces formations ont surtout concerné les personnels d'exécution. Depuis 1999, ont ainsi été formés 258 non cadres (aides pédagogiques, moniteurs éducateurs) pour 110 cadres de premier niveau (formateurs, responsables d'unité d'intervention sociale, éducateurs spécialisés).

Cette situation ne convient plus aux besoins de la Polynésie française, qui a décidé de renouveler ses partenariats, en accentuant l'effort de formation de personnels qualifiés susceptibles d'améliorer la qualité des prises en charge. En complément, en décembre 2010, a été signée avec la Croix Rouge une convention de partenariat visant à former 1 000 individus en situation d'aide à la personne (nourrices agréées, tierces personnes, aides sociales à domicile, accueillants familiaux, ...).

L'effort en faveur de la formation n'a pas été à la hauteur du problème qui avait été signalé par le rapport d'évaluation de la Convention Etat-Polynésie française de janvier 2004. Le rapport proposait que la formation aux diplômes d'Etat du travail social soit un des thèmes prioritaires des conventions thématiques.

Le manque de travailleurs sociaux diplômés reste patent, en dépit des alternatives retenues comme le plan de formation des accueillants familiaux, mis en place en 2009, en application de la loi du pays du 6 octobre 2009.

Cette formation des accueillants familiaux, utile pour l'intervention auprès de près de 800 enfants et 200 adultes placés, ne saurait toutefois remplacer la formation de cadres du secteur social dont la Polynésie française a toujours besoin.

2.3 - Les difficultés financières ont été mal anticipées

Si le financement mixte (cotisations et subventions publiques) est une idée moderne prônée par de nombreux spécialistes⁵⁹, les conditions dans lesquelles il est mis en œuvre en Polynésie française révèlent des insuffisances. Le rapport Brunhes, dès 1997, insistait sur la nécessité, eu égard au dynamisme des dépenses, notamment en maladie, de revoir les financements.

A ce jour, la problématique n'a pas changé : ce qui, avant la PSG, pouvait « être couvert par un effort contributif plus marqué des employeurs et des salariés pourrait l'être plus difficilement dans le cadre d'un financement assuré presque entièrement par les pouvoirs publics ».

Faute d'un pilotage général efficace, la trajectoire sur laquelle était engagé le système, n'a pu être infléchie. La situation est actuellement bloquée. D'abord, par une négociation sociale ardue pour réformer *a minima* la PSG, qui implique nécessairement pour le RGS des dépenses de santé à mieux maîtriser, des cotisations à relever, et d'autres ressources à dégager. Mais aussi, par des difficultés croissantes pour dégager plus de financement dans le contexte budgétaire contraint que connaît la Polynésie française depuis 2008.

La contribution de la Polynésie française, sous forme d'impôts et de taxes affectées ou de subventions⁶⁰, s'est élevée à plus de 135 milliards de F CFP depuis 2004⁶¹ soit en moyenne plus de 22 milliards de F CFP par an. Cette contribution de la Polynésie française au financement de la PSG n'a cessé d'augmenter. Elle est passée de 17,6 milliards de F CFP en 2004 à 27,7 milliards de F CFP en 2009.

Cette hausse de la contribution publique a été assurée par l'impôt.

Cette fiscalisation croissante n'a, en outre, jamais été accompagnée de la réforme des paramètres fondamentaux de la PSG afin d'accorder ceux-ci aux potentiels de financement disponibles.

2.3.1 - La croissance du financement budgétaire

Entre 2004 et 2009, les concours publics annuels de la Polynésie française au financement de la PSG, sous forme de subventions, d'impôts ou de taxes affectées, ont augmenté d'environ 10 milliards de F CFP. Ces financements publics, absents en théorie de la logique de financement du RGS, concernent désormais les trois régimes sans exception. Plusieurs événements sont à l'origine de cette augmentation.

⁵⁹ Rapport Duthillet (CESE 2007).

⁶⁰ Y compris les frais de gestion versés à la CPS.

⁶¹ Voir annexes 2 et 3. Dernière année comptabilisée : 2009.

2.3.1.1 - La réforme avortée TE AUTAERAA

La réforme TE AUTAERAA est intervenue le 14 novembre 2005, dans le cadre d'un accord entre les partenaires sociaux et le gouvernement de la Polynésie française. Cette réforme se proposait d'instaurer « des modifications substantielles à la PSG ». Elle consistait, d'une part, en la création d'un régime familial universel, et, d'autre part, au transfert sur la CST de trois points de cotisations maladie⁶² et de la suppression de la contribution exceptionnelle des employeurs de 0,21 %, afin, disaient ses promoteurs, de favoriser l'emploi en allégeant le coût du travail. Cette fiscalisation permettait, en outre, d'ouvrir la voie à une nouvelle forme de financement du gros risque hospitalier⁶³.

L'accord, quoique signé, n'a jamais pu être appliqué dans sa totalité en raison des blocages syndicaux qu'il suscitait. Seule, la décision relative à la baisse des cotisations maladie dès le 1^{er} janvier 2006 a été conservée, en contrepartie d'un engagement de la collectivité de la Polynésie française de verser une subvention compensatoire au régime des salariés qui avait subi la perte de recettes⁶⁴. Au-delà de 2006, cet engagement n'a formellement pas été reconduit dans une convention.

Cette réforme paraît avoir joué un rôle déterminant dans le creusement du déficit de la branche maladie depuis 2006⁶⁵.

Des subventions budgétaires sont depuis régulièrement versées au RGS : 700 MF CFP au titre des prestations familiales et 1 200 MF CFP au titre de la prise en charge des allocations vieillesse des salariés ayant cotisé moins de 15 ans.

Le RGS a ainsi bénéficié de concours financiers qui ont été inscrits dans ses comptes au titre de la contribution de la Polynésie française pour 2 100 MF CFP en 2006, 1 600 MF CFP en 2007, 1 702 MF CFP en 2008 et 1 550 MF CFP en 2009, sans pour autant permettre une résorption du déficit de sa branche maladie.

2.3.1.2 – Les conséquences de l'arrêt de la participation de l'Etat au RSPF

L'Etat s'était engagé en 1993 à contribuer au financement du RSPF pendant une période de dix ans. Au terme échu, en janvier 2004, un rapport de l'IGAS sur l'évaluation de la convention Etat-Territoire de 1999, qui s'était achevée le 23 novembre 2003, a délivré un satisfecit à la collectivité de la Polynésie française pour les progrès enregistrés en matière de solidarité. Il recommandait pour l'avenir une participation financière de l'Etat forfaitaire, non augmentée, et non globalisée.

⁶² Cette baisse des cotisations sociales de 3 % a provoqué une diminution des ressources de la CPS de 3,5 milliards de F CFP. Cette amputation de recettes ne sera comblée que 3 ans plus tard par un réajustement du taux des cotisations sur le barème 2005.

⁶³ Qui représente environ 55 % des dépenses d'assurance maladie.

⁶⁴ Selon la CPS, le seul versement qui ait été effectué à ce titre par la collectivité de la Polynésie française, est une subvention de 1 200 MF CFP pour l'exercice 2006 (arrêté n° 2937 PR du 7 novembre 2006).

⁶⁵ Rapport public 2011 de la Cour des comptes : le système de santé de la Polynésie française et son financement.

Mais, les rapporteurs avaient assorti cet avis d'une proposition relative au dispositif conventionnel pour, selon eux, « éviter d'entrer dans une logique de financement permanent sans souci du résultat ». A cette fin, le rapport avait préconisé l'adoption d'une convention-cadre, accompagnée de plusieurs conventions thématiques, fixant des objectifs précis et évaluables. Il était proposé comme thèmes prioritaires : les formations aux diplômés d'Etat du travail social, l'élaboration d'un plan de développement des établissements sociaux et médico-sociaux et des règles de tarification et de financement, ainsi que l'aide au logement.

Entre 2004 et 2008, aucun de ces thèmes prioritaires n'a été retenu par la collectivité de la Polynésie française. Aucune négociation n'a été engagée en vue de préparer la signature de ces nouvelles conventions. Néanmoins, la collectivité d'outre-mer a, jusqu'en 2007, obtenu la prolongation par avenant de la participation financière de l'Etat au titre de la solidarité nationale.

Par la suite, du fait de l'arrêt de la participation de l'Etat, la Polynésie française a été contrainte, à compter de l'exercice 2008, d'augmenter sa contribution budgétaire au financement du RSPF. Celle-ci est passée de 8,116 milliards de F CFP versés en 2007 à 10,838 milliards de F CFP en 2008. En 2009, la subvention a été de 10,472 milliards de F CFP. En 2010, le versement du budget général de la Polynésie française a été de 7,7 milliards de F CFP.

2.3.1.3 - La croissance des dépenses des régimes non contributifs

Les dépenses du RSPF ont augmenté de 53 % entre 2000 et 2009, en raison principalement de la progression des dépenses d'assurance maladie. En 2000, elles se sont élevées à 15,3 milliards de F CFP, dont 7,6 milliards pour la maladie. En 2005, les montants étaient respectivement de 18,5 milliards de F CFP et 9 milliards de F CFP. En 2009, la dépense totale a représenté 23,5 milliards de F CFP, dont 10,8 milliards de F CFP pour la maladie.

Le RNS a connu une évolution similaire, mais de moindre effet, en raison de son format plus réduit. Entre 2000 et 2009, les dépenses sont ainsi passées de 2,3 milliards de F CFP à 3,2 milliards de F CFP, avec des dépenses d'assurance maladie évoluant de 1,7 à 2,8 milliards de F CFP.

2.3.1.4 - Le RGS a bénéficié d'une subvention au titre du dispositif DARSE

Dans le cadre de sa politique de l'emploi, la collectivité de la Polynésie française a mis en place un dispositif d'aide à la revalorisation du SMIG et de l'emploi (DARSE). Un accord avec les partenaires sociaux, intervenu le 2 décembre 2004, prévoyait qu'en contrepartie d'une revalorisation des salaires les plus bas décidée par la collectivité, une aide publique soit versée aux employeurs. Cette aide se matérialisait par un précompte sur les cotisations dues par les employeurs. Le manque à encaisser du RGS, géré par la CPS, était compensé par le budget de la Polynésie française, qui s'était engagée à couvrir « le montant finalement nécessaire au financement total du dispositif ».

A ce titre, les versements de la collectivité d'outre-mer ont connu une évolution à la baisse, à mesure que le dispositif DARSE épuisait ses effets sur l'emploi. La Polynésie française a versé 1,5 milliard de F CFP en 2007, 1,25 milliard en 2008, 823 000 millions en 2009 et 800 millions en 2010.

2.3.2 - Le financement de la protection sociale et de la solidarité subit une grave crise

2.3.2.1 – Les besoins futurs de financement des régimes sociaux seront croissants

Pendant longtemps, la solution retenue par la Polynésie française pour assurer le financement de la PSG a consisté à augmenter la fiscalité affectée plutôt que de traiter le problème structurel de l'écart entre les ressources des régimes et leurs dépenses, poussées à la hausse par la croissance mal maîtrisée des dépenses de santé.

La réponse de la collectivité de la Polynésie française à l'échec de la réforme TE AUTAERAA a été, à cet égard, révélatrice. La collectivité d'outre-mer a préféré augmenter les taxes sur les produits de consommation pour trouver des financements nouveaux au bénéfice de la PSG, sans toucher aux taux de cotisation et à la CST, et sans chercher à économiser sur les dépenses des régimes. Elle ne s'est résolue à augmenter à nouveau les taux de cotisation de 0,54 % et à relever le plafond mensuel de salaire du RGS de 750 000 F CFP à 3 MF CFP qu'au 1^{er} janvier 2008.

La prolongation des tendances actuelles du système vient d'être mise en évidence en octobre 2010 par la mission d'assistance technique dirigée par Mme Bolliet, inspectrice générale des finances. La conclusion est nette : *« La dynamique des comptes sociaux constitue un risque pour le Territoire dans la mesure où le montant de la subvention au régime de solidarité prévisible à l'horizon 2014 pourrait être de l'ordre de 20,9 milliards de F CFP contre 15,8 en 2010, toutes choses égales par ailleurs, en l'absence de réforme. »*

Ceci est d'autant plus inquiétant que les recettes et les dépenses des autres régimes, RNS et RGS, sont animées d'une dynamique analogue. En se basant sur des hypothèses identiques, les concours budgétaires de la Polynésie française pourraient ainsi atteindre en 2014, 1,9 milliards de F CFP pour chacun des deux autres régimes et porter la contribution de la collectivité d'outre-mer à 24,7 milliards de F CFP. S'y ajouteraient les versements effectués par la collectivité au titre du DARSE.

2.3.2.2 - Le recours au financement public est de plus en plus difficile

La collectivité d'outre-mer a, aux côtés des partenaires sociaux, de multiples charges budgétaires et financières. Elle finance « entièrement » le régime de solidarité. Elle soutient le régime des non salariés en lui versant une subvention annuelle, et, depuis la réforme TE AUTAERAA de 2005, verse des subventions « compensatoires » au régime des salariés. Elle finance aussi directement le secteur médico-social et le programme d'actions sociales et, en grande partie, le système de soins (hôpitaux périphériques et autres structures de la direction de la santé).

La part qu'elle prend dans le financement de la protection sociale est en progression, et cette tendance semble, sans réforme du système, devoir se prolonger. Tous les régimes sociaux connaissent une situation budgétaire difficile : déficit de la branche maladie pour le RGS, besoin croissant de ressources supplémentaires pour équilibrer le RSPF et le RNS face à la crise. Le déficit cumulé de la branche maladie du RGS au 31 décembre 2010 avait déjà atteint près de 15 milliards de F CFP. Le creusement de ce déficit a résulté principalement de la baisse des produits des cotisations, depuis 2006. Il a été compensé en trésorerie par l'utilisation des réserves destinées à garantir les retraites. Dans un rapport rendu en mars 2010 sur la gestion de la CPS, la Cour des comptes, après avoir observé que « *l'imputation des déficits, notamment de la branche maladie, en report à nouveau, revient à utiliser les réserves destinées à garantir les retraites à des fins autres que celles prévues par les statuts de la CPS* », a constaté que le niveau de ces réserves était, pour cette raison, devenu inférieur à ce que prévoient les textes : « *L'article 28 de la délibération du 29 janvier 1987 instituant un régime de retraite des travailleurs salariés prévoit que « le fonds de réserve ne pourra, en aucun cas, être inférieur à cinq fois la moyenne annuelle des dépenses constatées au cours des trois derniers exercices ».* Cette disposition n'est pas respectée compte tenu du niveau des réserves.

...
Les réserves disponibles au 31 décembre 2008 étaient seulement de 38 124 MF CFP, soit 63,6% des réserves théoriques ».

Les recettes versées par la collectivité de la Polynésie française au système de protection sociale et de solidarité représentaient, en 2000, un montant total de 13,06 milliards de F CFP, dont 61 % étaient apportés par des subventions budgétaires, et 39% par de la fiscalité affectée. En 2009, au terme d'une progression continue, les contributions ont atteint 26,4 milliards de F CFP, dont 51 % proviennent des subventions et 49 % de la fiscalité affectée (voir annexe 4).

Les subventions apportées par la Polynésie française constituent la source la plus importante de cette contribution au financement de la PSG, mais c'est aussi celle qui a progressé le plus lentement. Depuis 2009, cette source de financement a amorcé un repli, après avoir culminé, en 2005, à 63,25 % des financements apportés par la collectivité. A l'inverse, la fiscalité affectée est la source de financement qui a progressé le plus rapidement sous l'effet des taxes affectées venues s'ajouter à la CST à partir de 2004.

Dans ce contexte, le financement budgétaire annuel du quart des ressources de la PSG⁶⁶ est menacé par les contraintes diverses qui pèsent sur la collectivité d'outre-mer et les contribuables, alors que la question de l'apurement des déficits antérieurs n'est, elle-même, pas définitivement réglée.

2.3.2.3 - Le recours à une fiscalisation accrue peut s'avérer difficile à réaliser

L'augmentation des taxes ou des impôts qui serait nécessaire au rééquilibrage des régimes sociaux doit être resituée dans le contexte général de l'évolution des prélèvements obligatoires pour apprécier tous ses effets.

⁶⁶ En 2008, 73 % du financement de la PSG était apporté par les cotisations (source : Ministère de la solidarité, de l'habitat et de la famille).

Pour assurer les financements rendus nécessaires par les prises en charge non prévues dans le modèle initial, et surtout, faire face à la hausse tendancielle des dépenses sociales, la collectivité de la Polynésie française a jusqu'à présent privilégié un recours accru à la fiscalité affectée⁶⁷.

Ce mode de financement a été utilisé à partir de 2004 avec la taxe de solidarité, puis, après l'échec de l'augmentation de la CST en 2006, dans le cadre de la réforme TE AUTAERAA, avec une taxe sur les alcools et les tabacs, qui a été affectée au financement du RSPF, suivie en 2009 par l'affectation d'une nouvelle taxe sur les produits sucrés. Le produit des taxes parafiscales représentait ainsi 15 % du financement de la PSG par la Polynésie française en 2009.

Depuis 2004, le modèle initial de financement de la PSG a donc profondément évolué. Toutefois, la poursuite de la recherche de financement dans une fiscalisation accrue risque de s'avérer difficile à réaliser. Le recours à une augmentation supplémentaire de la fiscalité affectée, si elle était jugée nécessaire, ne devrait pas être déconnecté du contexte général de la pression fiscale en Polynésie française, afin de ménager le tissu économique du Pays.

Le taux estimé des prélèvements obligatoires en Polynésie française, d'après les travaux des Etats Généraux de l'outre-mer (EGOM) en septembre 2009, a déjà atteint, eu égard aux charges publiques supportées par la collectivité d'outre-mer⁶⁸, un niveau élevé. Un taux de 38 % a été avancé, ce qui ne situerait la Polynésie française qu'à 5 points de la France, pour des charges à couvrir non comparables. Au surplus, cette estimation se fonde sur la valeur du PIB en 2006, dernière année pour laquelle cet agrégat a été publié, alors que la Polynésie française est entrée depuis cette date dans une crise économique profonde marquée par la récession.

3 – Le secteur social et médico-social présente des incohérences et répond mal aux besoins de la population

Les interventions sociales, c'est-à-dire les prestations sociales, les aides sociales mais aussi les prises en charge dans les établissements médico-sociaux ou les familles d'accueil, représentent des dépenses qui, tous régimes confondus, ont dépassé 100 milliards de F CFP en 2008⁶⁹.

Ces interventions sociales couvrent désormais la totalité de la population, mais elles demeurent, sauf en matière de maladie et de prise en charge médico-sociale, spécifiques à chaque régime. Ces singularités ont conduit à des situations paradoxales, où les plus démunis perçoivent parfois certaines prestations sociales sur des bases moins favorables que les bénéficiaires du régime des salariés.

⁶⁷ La fiscalité affectée regroupe la CST, affectée au financement du RSPF, et les autres taxes qui ont contribué au financement de la PSG, notamment la taxe de solidarité et diverses taxes sur la consommation.

⁶⁸ La Polynésie française ne supporte aucune charge liée aux missions régaliennes assurées par l'Etat, lequel prend en charge également la majeure partie des rémunérations des personnels enseignants.

⁶⁹ La Polynésie française tient à préciser que cette somme comporte pour l'essentiel le montant des prestations sociales servies dans les trois régimes soit 89 milliards de F CFP (dont 51 milliards pour l'assurance maladie, 30 milliards de F CFP de couverture vieillesse et 8 milliards de F CFP de prestations familiales). Les aides sociales des FAS ne représentent que 3,9 milliards de F CFP et le financement des prises en charge en établissement que 1,6 milliards de F CFP. Le solde correspond aux frais de gestion, aux allocations handicapés et aux accidents du travail.

A l'inverse, les prises en charge dans le secteur médico-social, alors qu'elles sont accessibles aux ressortissants de tous les régimes, sont financées dans des conditions critiquables, par une subvention de la collectivité de la Polynésie française au régime de solidarité. Ces prises en charge sont, par ailleurs, d'une qualité inférieure au niveau normalement requis. A ce jour, le secteur social et médico-social accuse un retard qu'il devient urgent de rattraper. L'encadrement administratif du secteur social et médico-social n'a pas été suffisamment organisé par la collectivité d'outre-mer. Les réglementations et les documents stratégiques et programmatiques, quand ils ont été définis, n'ont pas été appliqués.

Enfin, le plafonnement généralisé des cotisations a créé un système de prélèvements sociaux dégressifs qui bride involontairement les potentialités de redistribution du système de protection sociale et de solidarité.

3.1 - Les prestations sociales n'ont pas été harmonisées

Les prestations sociales sont restées spécifiques à chaque catégorie de ressortissants, la PSG ayant respecté l'autonomie de gestion des régimes sociaux. Faute d'harmonisation, les prestations sont inégales selon les régimes d'appartenance. Même la couverture maladie et maternité, généralisée à toute la population, continue d'offrir des prestations qui sont simplement comparables mais pas totalement identiques. L'accès aux soins⁷⁰, le libre choix du praticien, la prise en charge intégrale ou partielle dans les structures sanitaires privées, le droit au tiers payant dans les établissements hospitaliers et les cliniques, sont identiques pour tous les ressortissants de la PSG. En revanche, le régime des indemnités journalières lors des congés maternité est resté particulier à chaque régime d'affiliation. Pour les ressortissants du RSPF, ces indemnités n'existent pas. Elles sont de 60 % du dernier salaire perçu pour l'ouvrant droit au RNS, à l'exclusion des ayant droits, alors qu'elles sont de 100 % du dernier salaire perçu pour les ressortissants du RGS.

Après quinze ans de PSG, les prestations sociales sont restées spécifiques, l'harmonisation des prestations, préconisée dans tous les rapports d'experts depuis 1997, n'a toujours pas commencé, à l'exception notable de la politique de revenu minimum des personnes âgées. Dans son organisation actuelle, ce système de protection sociale et de solidarité a développé des effets régressifs qui prennent un relief particulier dans le contexte économique difficile de la Polynésie française. Les prestations du régime des « plus démunis » sont en effet, sauf pour les allocations familiales, inférieures aux prestations du régime des salariés.

Les différences de traitement en fonction des régimes aboutissent à désavantager les ressortissants du régime de solidarité et du régime des non salariés. Or, ces régimes regroupent la majorité des personnes classées « économiquement faibles⁷¹ ». Cette situation, à rebours des objectifs généralement poursuivis par un système de protection sociale et de solidarité, est régulièrement critiquée par les rapports d'experts.

⁷⁰ Soins, visites médicales pré et post natales, frais pharmaceutiques, examens biologiques ou radiologiques...

⁷¹ S'y ajoutent, selon les instituts d'études économiques et statistiques, les salariés à temps non complet ou percevant un salaire proche du SMIG.

La mission d'assistance à la Polynésie française, à la suite du rapport de la Cour des comptes de mars 2010 sur la gestion de la CPS, a souligné le caractère inéquitable et régressif de ce système. La PSG, par un plafonnement généralisé des cotisations, a créé un système de prélèvements sociaux dégressifs et, par des prestations moins généreuses pour les plus démunis, a bridé involontairement les potentialités de redistribution du système de protection sociale et de solidarité.

La CPS, dans sa réponse aux observations provisoires, a tenu à préciser que : *« L'absence d'harmonisation de quelques prestations résulte d'un principe qui consiste à considérer le régime des salariés comme le régime de protection sociale principal, plus incitatif par rapport aux autres régimes afin d'éviter des effets d'aubaine et de freiner le travail illégal. »*

3.1.1.- Les prestations maternité et les prestations familiales

Les diverses allocations servies au titre de ces prestations sont particulièrement disparates selon les régimes d'affiliation. Aucune volonté d'harmonisation n'a été constatée, malgré les nombreux conseils d'experts prodigués en ce sens depuis la création de la PSG.

Les prestations familiales ont été instaurées par la délibération n° 94-146 AT du 8 décembre 1994 pour les ressortissants du RSPF et par la délibération n° 94-146 du 8 décembre 1994 pour ceux du RNS. Les droits à prestations familiales du régime des salariés sont beaucoup plus anciens, puisqu'ils datent de l'arrêté n°1335 IT du 28 septembre 1956.

Plusieurs allocations servies au titre des prestations familiales et maternité aux bénéficiaires du RSPF sont d'un montant inférieur à celles versées par le régime des salariés. C'est le cas des allocations prénatales et de maternité, dont le montant (respectivement 49 500 F CFP et 66 000 F CFP) est inférieur à celui du régime des salariés (54 000 F CFP et 72 000 F CFP). Le montant des allocations du RNS est aligné sur celui du RSPF, avec en plus une progressivité du montant versé en fonction d'un quotient familial calculé à partir des revenus déclarés.

Ce traitement inégalitaire des allocations servies en fonction du régime d'affiliation se vérifie aussi dans les modalités de calcul de l'allocation de rentrée scolaire. Pour le RSPF, celui-ci est fixé à 10 000 F CFP par enfant, quel que soit le niveau d'étude, alors que pour les ressortissants du régime des salariés le montant est modulé, selon l'avancement dans les études, de 4 000 F CFP en maternelle à 16 000 F CFP dans l'enseignement supérieur. Pour les bénéficiaires du RNS, cette allocation n'existe pas.

A l'instar des experts consultés précédemment⁷², la Chambre considère que cette situation caractérisée par une forte disparité des prestations selon les régimes d'appartenance, fait courir le risque d'entretenir les inégalités sociales plutôt que de contribuer à les réduire. Cette situation nourrit aussi un paradoxe selon lequel les prestations familiales qui sont assignées à jouer un rôle d'amortisseur social restent parfois moins favorables pour les plus démunis, en dépit des améliorations apportées au régime des prestations depuis quelques années.

⁷² Rapport Bernard Brunhes International et rapport de la mission d'assistance à la Polynésie française (dit rapport Bolliet).

Le Président de la Polynésie française a apporté les précisions suivantes : « *Si la palette des prestations est plus large, plus favorable et plus ancienne au régime des salariés, le montant de l'allocation familiale par enfant, qui reste la prestation la plus importante, est supérieure de 30% au régime solidarité (9 000/enfant) par rapport au régime salariés (7 000/enfant).* »

Par ailleurs le fonds d'action sociale qui concentre les aides sociales des régimes pour les familles en difficulté est comparativement et logiquement deux fois plus doté au régime de solidarité qu'au régime des salariés.

Il n'en reste pas moins que les absences ou les minorations de prestations constatées aux dépens des bénéficiaires des régimes de solidarité ou des non salariés doivent être corrigées.

Comme le souligne la Chambre et pour l'exemple, les différences de prestations servies pour l'entretien d'un enfant ne doivent pas relever d'une logique d'appartenance des parents à tel ou tel régime mais à leurs conditions de ressource, si l'on veut véritablement refondre notre système de protection sociale généralisée dans le sens d'une meilleure redistribution. »

3.1.2. - La couverture du risque vieillesse

La PSG n'a pas généralisé la couverture du risque vieillesse. Cette couverture existait déjà depuis une délibération n° 82-33 du 15 avril 1982 de l'assemblée de la Polynésie française selon laquelle « *est garanti un revenu minimum à toute personne de nationalité française résidant en Polynésie française depuis plus de 15 ans, âgée d'au moins 60 ans ou d'au moins 50 ans en cas d'inaptitude au travail* ». Le montant de ce revenu, fixé par le gouvernement de la Polynésie française, est, depuis le 1^{er} septembre 2008, de 74 000 F CFP. Deux allocations différentielles ont été créées pour compléter le dispositif préexistant de l'aide aux vieux travailleurs salariés (AVTS)⁷³ : l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et l'allocation complémentaire de retraite gérée par les fonds sociaux du régime des salariés (ACR). S'ajoutent à ce dispositif les retraites du RPSMR, dont le versement est effectué par le RSPF. Cette politique de revenu minimum est la seule initiative harmonisatrice du système de protection sociale.

En revanche, la création de la PSG s'est accompagnée de celle de la tranche B de la retraite des salariés, alors que dans le même temps était créé le régime des non salariés, sans couverture vieillesse spécifique. La disparité en matière de régime de retraite s'est accrue en raison des conditions de liquidation très favorables qui ont été accordées par la délibération de l'assemblée de la Polynésie française n° 95-180 AT du 26 octobre 1995. Ces paramètres⁷⁴, « trop généreux », ont déjà fait l'objet de critiques de la Cour des comptes et de la mission d'assistance technique de la Polynésie française en raison de leur caractère financièrement insoutenable, sans réexamen des paramètres et augmentation des cotisations. Ces dispositions ont eu pour effet indirect de creuser l'écart entre les salariés, les non salariés et les ressortissants du RSPF, qui ne peuvent souscrire à des assurances alternatives privées.

⁷³ En voie d'extinction comme les retraites du RPSMR dont le versement est effectué par le RSPF.

⁷⁴ 5 % par enfant à charge ; + 25 % dans le plafond du 1/12^{ème} de la pension ; départ anticipé entre 50 et 60 ans avec une décote de 1 % par an ; points gratuits pour les périodes cotisées en tranche A ; reversion au 2/3 au conjoint survivant.

3.1.3. - Les allocations aux handicapés et les aides sociales

En matière d'allocation spéciale aux personnes handicapées (ASH)⁷⁵, les montants varient selon le régime de l'ouvrant droit. Si le montant de l'allocation de base est uniformément fixé à 36 000 F CFP par mois, l'allocation compensatrice de perte d'autonomie qui la complète est d'un montant plus favorable s'il s'agit d'un ressortissant du RGS. Dans ce cas, la fourchette dans laquelle est fixé le montant, est de 11 000 F CFP à 24 000 F CFP, alors que le montant maximum n'est que de 22 000 F CFP dans les autres régimes.

Les prestations extra-légales, ou aides sociales, obéissent également à des modalités qui diffèrent selon les régimes d'affiliation.

Pour le RGS, un complément familial a été instauré depuis le 1^{er} janvier 2000, dans le cadre de son fonds d'action sociale. Il a d'abord consisté en une aide mensuelle, versée sous condition de ressources, en complément des allocations familiales. Puis, à partir de 2003, il s'est décomposé en plusieurs allocations et aides, versées sous condition de ressources (frais de garde d'enfant, frais d'hébergement en internat, bourses de vacances).

Ces aides sociales n'ont pas d'équivalent au RNS ou au RSPF, dont les FAS dispensent des prestations censées être plus en lien avec les difficultés sociales des bénéficiaires. Entre 2004 et 2009, les crédits versés au FAS du RSPF ont doublé, passant de 650 MF CFP à 1,2 milliard de F CFP en 2009, alors que les crédits du FAS du RNS n'ont atteint 50 MF CFP qu'en 2009.

3.2 – L'action sociale fait désormais l'objet d'un contrôle renforcé

L'action sociale est une composante importante de toute politique de protection sociale et de solidarité. La collectivité de la Polynésie française y consacre une direction des affaires sociales, forte de près de 300 agents et travailleurs sociaux, et plus spécifiquement les programmes d'action sociale et par extension, les aides familiales au logement (AFL), les secours d'urgence et les bourses étudiants.

Le régime des salariés avait dès sa création en 1956⁷⁶, développé une action sociale spécialement destinée à ses bénéficiaires dans le cadre d'un Fonds d'action sociale (FAS). La création de la PSG n'a pas mis fin à cette pratique. Une délibération n°99-214 de l'assemblée de la Polynésie française du 2 décembre 1999 a confirmé l'autonomie relative de l'action sociale du RGS, en autorisant le conseil d'administration de ce régime à élaborer un programme d'action sanitaire, sociale et familiale, sous le contrôle du conseil des ministres et de la DGPS.

⁷⁵ Servie pour les enfants et adolescents handicapés à plus de 80 % sur décision de la commission territoriale d'éducation spéciale (délibération n° 95-263 AT du 20 décembre 1995).

⁷⁶ Arrêté n° 1335 IT du 28 septembre 1956 portant institution d'un régime de prestations familiales au profit des travailleurs salariés de l'Etablissement française d'Océanie.

L'action sociale conduite par la Polynésie française au travers du fonds d'action sociale du RSPF a représenté une dépense de 135 MF CFP en 2009⁷⁷. La collectivité de la Polynésie française, sans qu'au préalable ou périodiquement l'assemblée de la Polynésie française en débâte au fond, attribue des subventions aux associations porteuses de projets s'inscrivant dans le domaine de l'action sociale par l'intermédiaire d'une commission d'attribution⁷⁸. Celle-ci décide de l'octroi des subventions en fonction des priorités qu'elle assigne à l'action sociale et de l'avis du responsable de circonscription.

Depuis de nombreuses années, les financements retenus par la commission d'attribution ont été majoritairement destinés à l'insertion des jeunes. Les subventions versées pour ce secteur ont été, depuis 2004, de plus de 130 MF CFP⁷⁹.

Les programmes d'action sociale qui reçoivent régulièrement des subventions ont concerné l'éducation familiale et sociale, la prévention de la maltraitance et de la délinquance des mineurs, les personnes âgées, les actions en faveur du handicap médical et social, le développement de l'action sociale dans les archipels et le traitement de l'exclusion sociale.

Les contrôles exercés par la DAS sur les associations subventionnées ont été récemment renforcés, après avoir été longtemps insuffisants. Les conditions dans lesquelles étaient versées les subventions n'étaient définies que par un arrêté d'attribution des fonds.

Un détournement de 73 MF CFP par un chargé de mission à la DAS⁸⁰, qui a été pénalement sanctionné par des peines privatives de liberté, a depuis sensibilisé la DAS à l'intérêt d'un renforcement du contrôle. Cette direction a revu son organisation interne et intensifié son contrôle qui, pour l'instant, est encore limité au contrôle sur pièces. Ces nouvelles procédures lui ont permis en octobre 2009 de stopper les versements à une association défailante.

Depuis 2009, une convention est systématiquement signée avec l'association bénéficiaire. La Chambre a toutefois constaté que le contrôle des subventions n'a pas été encore étendu au contrôle périodique, sur place, de l'emploi effectif des fonds versés, les services de la DAS ne disposant pas en nombre suffisant de personnel qualifié apte à effectuer ce type de vérification.

⁷⁷ Voir annexe 6.

⁷⁸ Délibération n° 3-98 CG/RSPF du 3 juillet 1998. La commission d'attribution est présidée par le ministre de la solidarité. Elle est composée du directeur de la DAS, d'un conseiller technique, du chef du bureau « financement et contrôle des établissements » et de deux représentants du comité de gestion du RSPF.

⁷⁹ Par association bénéficiaire, les subventions accordées sont de montant relativement faible puisqu'en moyenne le montant versé était de 5,4 millions de F CFP en 2009.

⁸⁰ Par l'usage de fausses signatures et de faux en écritures commis au préjudice de 3 associations en 2007.

3.3 – Le secteur médico-social répond de moins en moins aux besoins de la population

Le secteur médico-social a longtemps relevé de la tradition et de l'initiative privée, la réglementation se limitant au secteur du handicap. Comme pour les prestations familiales, le handicap constitue le socle historique de l'intervention médico-sociale. La délibération n°82-36 du 30 avril 1982 modifiée a longtemps structuré l'action en faveur des handicapés. Le secteur médico-social a ainsi été organisé autour de la prise en charge du handicap, qu'il soit mental ou physique.

Jusqu'en 2003, la réglementation applicable était donc celle relative au handicap.

Depuis, si une politique de maintien à domicile a bien été affirmée dès le début des années 2000, celle-ci n'a pas été déclinée en objectifs plus précis comme la constitution de réseau de prise en charge à domicile ou la professionnalisation des intervenants à domicile. Parallèlement, aucun service de contrôle des prises en charge suffisamment étoffé n'a été constitué.

A ce jour, le secteur médico-social reste largement inorganisé, alors qu'en une dizaine d'années, il a vu la demande qui lui était adressée croître rapidement. Malgré la faiblesse des statistiques disponibles, les services de la DAS évaluent à près de 1 500 le nombre d'utilisateurs des établissements sociaux et médico-sociaux, auxquels s'ajoutent plus de 800 enfants placés auprès de 658 familles d'accueil. En 1999, d'après un rapport de la DGPS, n'étaient recensés qu'un millier d'utilisateurs dans ces établissements et environ 350 familles d'accueil.

Ces chiffres attestent de la rapide progression de la demande adressée au secteur social et médico-social durant les dix dernières années. L'adaptation à ce nouveau contexte tarde à se concrétiser. En dix ans, une seule réforme est venue adapter le dispositif aux nouvelles exigences : la réforme des accueillants familiaux en octobre 2009.

3.3.1 - La délibération n° 2003-15 APF du 9 janvier 2003 n'a pas été appliquée avec rigueur

Cette délibération était la première tentative pour émanciper la politique de la collectivité de la Polynésie française, d'une part, en imposant l'agrément obligatoire de la puissance publique pour intervenir dans le secteur médico-social, et d'autre part, en autonomisant l'intervention sociale et médico-sociale du handicap. Elle a été prise tardivement, dix ans après le lancement de la PSG. Elle contenait de bons outils de pilotage et de gestion, mais ses principales dispositions, les plus contraignantes, n'ont pas été mises en œuvre.

3.3.1.1 - Le premier cadre d'action moderne de la collectivité dans le domaine social et médico-social n'a été défini qu'en 2003

Le rapport de présentation de la délibération n° 2003-15 APF du 9 janvier 2003 portant réglementation des établissements et services médico-sociaux dressait un tableau de la situation du secteur social et médico-social au début des années 2000 : « *Une quinzaine d'établissements médico-sociaux accueillent plus de 500 personnes handicapées ou inadaptées et les aident à acquérir ou à renforcer leur autonomie pour leur permettre de s'intégrer ou de se réinsérer dans la vie sociale ou professionnelle. Tous sont nés de la volonté et du courage de parents d'enfant handicapé ou inadapté ou de dévouement de personnes sensibles à leur détresse. Leur fonctionnement fût longtemps basé sur le dévouement et sur un large bénévolat* ».

Avec cette délibération-cadre, l'assemblée de la Polynésie française a posé les bases d'une rénovation des concepts et des méthodes dans le secteur médico-social. La référence unique à la réglementation issue de la prise en charge sociale du handicap est remplacée par une réglementation plus adaptée. Par exemple, les établissements médico-sociaux s'y trouvent définis avec un spectre d'activités non circonscrit au handicap. Ce sont désormais « *des établissements non sanitaires, publics (dotés ou non de la personnalité morale) ou privés qui, à titre principal, assistent, accueillent, hébergent ou placent dans des familles, des mineurs ou des adultes qui requièrent des prestations de soins dans un environnement adapté en vue de leur insertion ou réinsertion sociale et/ou professionnelle* ».

Les dispositions de cette délibération ont créé les instruments juridiques nécessaires à la mise en œuvre d'une politique de développement maîtrisé du secteur social et médico-social. L'organisation choisie par la collectivité de la Polynésie française est, en fait, relativement proche du modèle français. Elle s'appuie sur un schéma territorial pluriannuel des installations, des procédures d'agrément, un contrôle de la formation des personnels et des vérifications fréquentes de l'activité par l'administration sociale. Ce schéma doit permettre, à partir d'un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre médico-sociale existante, ainsi que des besoins à satisfaire à court et moyen terme, d'établir une carte des établissements à créer. Il sert en outre de base à la planification des besoins financiers qui en découlent, et oriente les calendriers de réalisation. La délibération prévoit que le schéma doit être arrêté par le conseil des ministres et périodiquement révisé.

L'accueil à domicile a, pour sa part, reçu une première mise en ordre. La délibération prévoyait que l'accueil thérapeutique puisse être assuré dans le cadre d'unités de vie ou de familles d'accueil thérapeutiques. Il s'agissait dans le premier cas d'un groupe de personnes physiques qui, à titre onéreux, se chargeait d'accueillir 4 à 5 personnes dans des locaux spécialement aménagés à cet effet. Dans le second cas, il s'agissait de particuliers qui, moyennant rémunération, accueillaient une à trois personnes à leur domicile.

Dans le même esprit, l'accès aux fonctions de directeur d'établissement a été subordonné à la possession d'un diplôme ou d'un certificat de capacité pour l'exercice de la profession d'éducateur, d'assistant social, d'infirmier, de psychologue ou de psychorééducateur « *ou de tout diplôme ou formation reconnu par le service chargé des affaires sociales* ». Cette disposition était destinée à renforcer la compétence professionnelle des dirigeants qui habituellement œuvraient dans ce secteur où l'initiative et l'esprit de dévouement avaient servi de viatique.

Afin de réguler l'activité dans ce secteur sensible, une procédure d'autorisation préalable des établissements, des services et des unités de vie avait été instaurée. Cette autorisation était délivrée par arrêté du Président du gouvernement, après validation du projet de l'établissement, sous réserve de l'existence de capacités d'accueil disponible dans le schéma territorial des établissements. Une seconde procédure de régulation avait été introduite : l'agrément, qui permettait aux établissements et services autorisés de bénéficier d'un financement public ou de la prise en charge des soins délivrés.

Ce dispositif était complété par l'obligation de conventionnement. Les conventions avaient pour but de définir les objectifs à atteindre, les procédures de concertation, ainsi que les modalités d'octroi et de versement des subventions et indemnités.

3.3.1.2 - Les principales dispositions de ce texte ne sont toujours pas mises en application

Depuis 2003, la modernisation de la gestion du secteur médico-social n'est pas encore entrée dans une phase très active. La plupart des dispositions réglementaires votées en 2003 n'ont pas été appliquées.

3.2.1.2.1 – Le schéma territorial n'est pas encore opérationnel

Une des innovations majeures de la délibération du 9 janvier 2003 avait été la création d'un schéma territorial pluriannuel, combinée avec l'instauration de procédures d'autorisation préalable et d'agrément des établissements. En 2010, force est de constater que le schéma territorial n'est pas opérationnel et que le système d'autorisation et d'agrément ne fonctionne pas.

L'élaboration du schéma n'a pas été réalisée. Une esquisse de schéma territorial a bien été établie, mais celle-ci n'a jamais été validée par le conseil des ministres. Depuis 2000, l'inventaire des besoins qualitatifs et quantitatifs n'a pas été actualisé. Les coûts ont, semble-t-il, fait reculer les nombreux gouvernements qui se sont succédé durant cette période. En effet, selon des chiffrages réalisés par la DGPS en juillet 1999, la seule mise aux normes techniques du secteur représentait une somme d'environ 323 MF CFP. Des évaluations de l'ordre de 2,5 milliards de F CFP ont été avancées par la DAS lorsque la question du coût actualisé du schéma a été évoquée en 2004.

3.3.1.2.2 - Les procédures d'autorisation préalables et de conventionnement n'ont pas été respectées

Sans agrément, le système ne peut pas être maîtrisé. C'est pourtant la situation dans laquelle le secteur se trouve actuellement, du moins pour ce qui concerne les établissements.

A ce jour, aucun établissement n'est en effet titulaire d'une autorisation ou d'un agrément, quel que soit son statut, public ou privé. Ainsi, l'IME, établissement public sous tutelle directe de la DAS, n'a pas d'agrément. L'audit évaluatif du dispositif médico-social réalisé en novembre 2009 par la DAS, a fait clairement ressortir cette situation.

Les conventions d'objectifs avec les établissements n'ont jamais été établies.

3.3.1.3 - L'organisation du secteur reste très embryonnaire

Le secteur médico-social reste sans réelle organisation. Le pilotage, déjà critiqué en 2004 par le rapport d'évaluation de l'IGAS, est resté inexistant, faute de la mise en œuvre effective des instruments dont la collectivité de la Polynésie française avait commencé à se doter en 2003.

La relance du schéma territorial a toujours fait partie des priorités des nombreux gouvernements qui se sont succédé depuis 2004, sans qu'aucun parvienne à atteindre cet objectif. La rotation rapide des équipes expliquerait peut-être cet ajournement.

Les carences relevées il y a plus de dix ans ne sont donc toujours pas comblées. Un rapport rédigé par un membre de l'IGAS, détaché auprès de l'administration de la Polynésie française en 2000⁸¹, dressait un tableau très sombre de la situation du secteur médico-social. Ces principaux constats restent encore d'actualité : inadaptation de l'offre pour les adultes handicapés, absence de maisons de retraite, insuffisance des places en structures de foyer-logement pour les garçons, besoins non satisfaits de structures de type centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

Depuis cette date, les réalisations sont restées très faibles : quelques opérations ponctuelles, sans plan d'ensemble. Un audit général sur les établissements et la mise en place d'un schéma actualisé a été établi par la DAS en 2009, mais depuis, aucune suite ne lui a été donnée.

En 2004, dans le rapport d'évaluation de l'IGAS, l'absence de politique de développement médico-social cohérente avait été critiquée. La mission préconisait d'en faire une opération prioritaire pour les toutes prochaines années.

Mais en 2010, le secteur médico-social n'a toujours pas été organisé.

L'exemple le plus frappant est peut-être le problème de l'hébergement des personnes âgées. Dans ce domaine, la faiblesse des structures d'accueil est particulièrement remarquable puisque la Polynésie française ne compte aucune maison de retraite déclarée⁸². Le Fare Matahiapo⁸³, qui peut héberger jusqu'à 30 personnes, n'est pas une maison de retraite, bien qu'il accueille des personnes âgées dépendantes. Il relèverait tout aussi bien, en raison des soins qu'il prodigue, de la direction de la santé, alors qu'il est rattaché, sans réelle justification, à la direction des affaires sociales.

L'absence de maisons de retraite publiques serait la conséquence du choix de la collectivité de la Polynésie française en faveur du maintien à domicile. Mais, les évolutions démographiques de la société polynésienne et l'affaiblissement relatif des traditions d'accueil en famille, remettent suffisamment en cause ce choix initial pour qu'une politique soit désormais développée en faveur des personnes âgées.

⁸¹ M. Philippe BLANCHARD.

⁸² Des particuliers, en dehors de tout cadre réglementaire, ont ouvert des structures d'accueil pour personnes âgées.

⁸³ Directement géré par la DAS.

La Polynésie française dénombre près de 25 000 personnes de plus de 60 ans, dont 2 125 ont dépassé l'âge de 80 ans. Les demandes de placement en institution ne cessent de progresser depuis 2008. La collectivité de la Polynésie française aurait intérêt à élaborer une réponse adaptée à cette nouvelle demande sociale afin d'anticiper les besoins, qui devraient connaître, dans les prochaines années, une rapide expansion.

Dans sa réponse aux observations provisoires, la collectivité de la Polynésie française admet que les carences constatées par la Chambre traduisent le retard pris dans la réalisation d'un schéma territorial médico-social en raison, principalement, du problème non résolu de son financement depuis 2000. Mais, selon elle, en aucune façon il ne s'agit d'un désintérêt pour cette question. Le lancement d'une démarche d'amélioration de la qualité des prestations et les travaux d'inspection réalisés par la DAS entre novembre 2009 et octobre 2010 témoignent, selon elle, de la récente remise en route de cet important chantier.

La chambre prend donc acte de l'engagement de la collectivité de la Polynésie française à traiter résolument cette question, tout en réservant son appréciation finale à l'analyse des suites concrètes qui seront finalement données à ces démarches.

3.3.2 - Les prises en charge en famille ou dans les établissements restent relativement rudimentaires

La sécurisation et la modernisation des pratiques et des protocoles sont des objectifs qui demeurent à l'état de projets depuis longtemps. De longue date, des carences ont été constatées dans ces domaines. Un rapport du Conseil économique, social et culturel, adopté le 24 février 2004, avait formulé un certain nombre de préconisations sur la prise en charge dans les établissements médico-sociaux des personnes handicapées. Les principales étaient la création de structures de type ateliers de travail protégé, la rédaction de la réglementation en matière d'agrément pour les établissements médico-éducatifs pour les adultes et pour les enfants, la rédaction de la réglementation relative aux familles d'accueil thérapeutiques, la création d'établissements pour adolescents handicapés, afin de combler un vide entre les centres pour enfants et les centres pour adultes, la création de petites structures de proximité dans les archipels et des moyens particuliers de suivi de ces personnes, la formation des personnels ainsi que des directeurs de centres, la création d'un centre d'action médico-social précoce (CAMPS) autonome, doté de la personnalité juridique et des moyens nécessaires à son fonctionnement.

Peu de ces propositions sont à ce jour entrées en vigueur.

En 2010, l'encadrement des établissements n'est pas encore suffisant, les établissements pour adolescents handicapés n'ont pas été créés. De nombreuses défaillances en matière de sécurité ont été constatées lors de l'audit général réalisé par la DAS en novembre 2009. La mise aux normes, en dépit de certains progrès ponctuels, reste encore à effectuer dans de très nombreux établissements.

Le professionnalisme des prises en charge en établissement reste, selon cet audit, largement améliorable pour parvenir, dans de nombreux cas, au stade d'une prise en charge non exclusivement occupationnelle. Le maintien à domicile dans des familles d'accueil souffre aussi de cette insuffisance.

3.3.2.1 – Les prises en charge en établissement manquent de professionnalisme

La prise en charge en établissement nécessite de disposer d'installations et d'appareillages mis aux normes de sécurité et adaptés aux différents publics accueillis, mais aussi d'un personnel formé et compétent, en nombre suffisant, apte non seulement à accueillir avec humanité ces publics fragiles, mais aussi ayant reçu les formations adéquates pour débiter les apprentissages, gérer les rééducations et les réadaptations sociales dont ils ont besoin.

Or, ni les locaux, ni les personnels en service, ne permettent, sauf en de rares exceptions, de pratiquer des prises en charge adéquates.

3.3.2.1.1- La petite capacité des établissements ne facilite ni la diffusion rapide des bonnes pratiques, ni les économies de gestion

Il existe, selon les dernières statistiques fournies par la collectivité de la Polynésie française, seize établissements et un service de protection judiciaire des majeurs protégés⁸⁴. Ces établissements sont presque tous des associations de la loi de 1901, un seul ayant le statut d'établissement public⁸⁵. Sept établissements accueillent des enfants. Trois établissements accueillent des enfants et des adultes. Six établissements ne reçoivent que des adultes. S'y ajoute un service de mandat de protection judiciaire pour adultes. Ces structures offrent au total 232 places pour adultes et 367 places pour enfants⁸⁶, qui se répartissent en 184 places dans les établissements, 183 à l'IIME auquel est rattaché un SESSAD⁸⁷ de 60 places.

Aucune de ces structures n'est de grande capacité. Les établissements sont calqués sur les associations qui ont été à l'initiative de ces interventions sociales. La Polynésie française n'a mis en œuvre aucune politique de regroupement des moyens en vue de diminuer les coûts de fonctionnement de ces structures et de faciliter leur politique d'investissement.

Cette situation n'est pas nouvelle. En 1999, un rapport de la DGPS avait déjà critiqué l'émiettement des structures en prônant une plus grande concentration des moyens. Depuis, seulement cinq établissements à capacité réduite ont été créés : celui de Bora-Bora (18 places), de Raiatea (30 places), Fare Aupuru (12 places), Fare Arii de Moorea (25 places) et dernièrement, en août 2009, celui de Heimanava Nui Papa pour des adolescents (12 places). En 2010, la persistance de la dispersion des patients s'est confirmée, sans que la géographie en fournisse l'explication, puisque ces organismes sont en grande majorité concentrés sur l'île de Tahiti, à l'exception des deux établissements des Iles-Sous-le-Vent.

Le nombre théorique moyen d'enfants par établissement est actuellement de 26. Il a considérablement diminué puisqu'il était de 43 en 2000⁸⁸. En ce qui concerne les structures accueillant les adultes, le ratio moyen n'a pas évolué : il est resté de 31.

⁸⁴ Tutelger accueille 348 majeurs protégés à Vaïami.

⁸⁵ L'Institut d'insertion médico-éducatif (IIME).

⁸⁶ 48 places indifférenciées enfants ou adultes.

⁸⁷ Service d'Education spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD).

⁸⁸ En métropole, le ratio est de 52 pour les enfants et de 45 pour les adultes.

Cette dispersion des patients dans des structures à petite capacité renchérit le coût de fonctionnement du secteur médico-social en démultipliant les coûts de structure et les charges fixes. La charge budgétaire du secteur médico-social s'est élevée en 2004 à 1,14 milliard de F CFP. En 2009, elle était de 1,23 milliard de F CFP, dont plus de 97 % étaient consacrés au seul fonctionnement. De substantielles économies pourraient être retirées d'une politique visant au regroupement des moyens.

3.3.2.1.2 - Les locaux restent, dans l'ensemble, inadaptés

D'après le constat établi, par la DAS, en novembre 2010, les locaux sont restés dans l'ensemble peu fonctionnels par rapport au type de handicap des publics accueillis. De plus, la sécurité des locaux n'est pas garantie. Il est consigné qu'il n'est pas rare de trouver des systèmes électriques « bricolés », des bouteilles d'eau remplies de produits toxiques, des couteaux et des objets tranchants laissés à la portée des enfants, des aliments et des médicaments périmés, des lieux où les enfants ne devraient pas être laissés sans protection.

La conclusion du rapport de synthèse est, à cet égard, édifiante : « *Les locaux sont dans l'ensemble inadaptés, les habitations qui servent de centre deviennent exigües lorsqu'il pleut : le personnel qui accueille dans ces lieux des enfants autistes et/ou présentant des troubles du comportement doit alors faire face à une résurgence des troubles, qui s'expriment par des crises d'angoisse du fait du confinement de ce type de troubles au même endroit* ».

Les procès-verbaux des visites préparatoires aux commissions de sécurité qui se sont déroulées en novembre 2010 ont confirmé les déficiences sur le plan de la sécurité des locaux utilisés par les établissements. Chaque établissement a reçu des directives précises pour se mettre à jour. Les carences relevées, sous le contrôle des commissions de sécurité ad hoc, restent difficilement admissibles. Elles appellent une réaction sans délai de la part des autorités de la Polynésie française et des établissements concernés.

Dans sa réponse aux observations provisoires, la collectivité de la Polynésie française reconnaît cet état de fait, et se déclare en mesure d'y remédier « *avec des moyens conséquents* » en reconstruisant les centres jugés trop vétustes. Elle cite à titre illustratif la reconstruction du centre de Turuma et l'extension du centre des polyhandicapés de la Fraternité chrétienne dont les inaugurations étaient prévues, pour le premier, en juillet 2011 et pour le second, en septembre 2012. La chambre rappelle que la sécurité des locaux, et partant des personnes, est une urgence absolue à ne jamais différer.

3.3.2.1.3 - La qualité des prises en charge souffre du manque de formation des intervenants

Comme le notait le rapport DAS de novembre 2009, la raison principale de ce manque de professionnalisme tient à la qualification des personnels : « *Leur présence est effective, mais comme la ligne conductrice... n'est pas toujours définie, il peut apparaître que certaines prises en charge sont du domaine de la garderie et de la surveillance plutôt que médico-sociale.* »

Dans les établissements, aucune stratégie de prise en charge ne semble réfléchi, ainsi que le révèlent les entretiens individuels menés avec les agents lors de cet audit : « Cette absence de projet, donc de ligne directrice dans la prise en charge des enfants, est une réalité : les agents n'ont pas de fiche de poste, il n'y a que rarement des projets individualisés et quand ceux-ci existent, ils sont plutôt des rapports de synthèses, qui débouchent sur des conclusions évaluatives relatives aux déficits d'autonomie de l'enfant, mais rarement sur des propositions d'objectifs contenues dans une durée déterminée. »

A ce jour, le tableau général de la situation n'est pas bon. Dans sa réponse aux observations provisoires, la collectivité de la Polynésie française met en avant les progrès réalisés en matière de formation en dix ans. Malgré ceux-ci, elle admet cependant qu'il reste encore « 37% des personnels des établissements médico-sociaux qui ne pourraient pas être qualifiables et qui devront davantage bénéficier d'une formation d'adaptation à la fonction ». Dans ces conditions, certes moins critiques sur le plan de la formation des agents qu'il y a dix ans, la Chambre considère que de nombreux et persévérants efforts sont encore nécessaires pour améliorer sensiblement la qualité des prises en charge et relancer la modernisation du secteur médico-social, interrompue depuis le début des années 2000.

3.3.2.2 - L'hébergement dans les familles d'accueil thérapeutiques

Pour l'enfance en danger, on recensait 800 enfants en 2008 (placés auprès de 658 familles d'accueil), 832 en 2009 et 840 en 2010, alors qu'il n'y avait que 242 enfants placés en institution.

Pour les personnes âgées et les adultes atteints de handicap physique et de troubles mentaux, il y avait 187 personnes placées en 2008, 166 en 2009 et 182 en 2010, placées auprès de 68 familles accueillant des handicapés et 34 accueillant des personnes âgées, atteintes parfois d'un handicap. A ce total, il convient d'ajouter pour obtenir le nombre exact de familles d'accueil en Polynésie française, les 36 familles auxquelles recourt directement la CPS pour le placement⁸⁹ des personnes âgées relevant du régime des salariés.

Il y a donc environ 786 familles d'accueil, dont 36 relèvent directement de la CPS.

3.3.2.2.1 - L'alternative à l'hébergement n'a pas été suffisamment contrôlée

Les familles d'accueil sont parfois considérées comme une solution alternative au placement en institution, notamment pour le placement des adultes handicapés mentaux⁹⁰.

Ces familles d'accueil s'inscrivent dans la conception polynésienne de la famille élargie, qui implique que le placement puisse s'effectuer chez des parents avec lesquels la personne a un lien⁹¹. Dans ce cas, le placement n'est soumis à aucun contrôle, et l'encadrement est allégé.

Toutefois, ce mode de prise en charge aurait exigé une surveillance soutenue qui n'a pas toujours été effectuée.

⁸⁹ Environ 83 personnes.

⁹⁰ Depuis 2009, dans le cadre d'un partenariat avec le service de soins à domicile de l'unité psychiatrique du CHPF.

⁹¹ Jusqu'au 3^{ème} degré.

Les accueillants ne sont pas des professionnels. Ils ont besoin du soutien des personnels de la DAS. Par ailleurs, le suivi des personnes placées dans les familles d'accueil doit être rigoureux.

La DAS, qui est en charge de cette mission, a parfois éprouvé de grandes difficultés pour assurer un suivi efficace des personnes placées, notamment des enfants.

Les décisions de changement d'affectation des enfants, prises par les commissions ad hoc (CTES), n'ont pas toujours été transmises avec célérité et précision, des circonscriptions aux services centraux de la DAS. Les dysfonctionnements les plus fréquents ont concerné le traitement administratif des mutations internes du référent de la personne placée. Parfois, le dossier n'a pas été immédiatement repris, et, par suite, le suivi de l'enfant placé a souffert de ce retard. Cette perte de contact entre le service et l'enfant a pu, dans quelques cas, atteindre plusieurs mois. Ces dysfonctionnements, inadmissibles sur le plan des principes, ont fait l'objet, en 2010, de mesures correctives⁹².

La qualité des prises en charge dans les familles thérapeutiques n'a que rarement dépassé le niveau d'un gardiennage, faute d'une surveillance adaptée et de la faiblesse de la formation des accueillants.

Dans sa réponse aux observations provisoires, la collectivité de la Polynésie française, tout en reconnaissant les graves carences du système actuel, a déclaré qu'elle comptait agir en priorité sur l'amélioration du suivi des personnes, notamment grâce à la désignation d'un travailleur social référent unique et à l'inscription obligatoire de tous les enfants sous mesure de protection dans des projets d'actions éducatives (PAE). La Chambre, dans un souci d'efficacité, invite la collectivité de la Polynésie française à bien évaluer l'impact réel de ces nouveaux dispositifs sur la qualité des prises en charge.

3.3.2.2.2 – Une réforme a finalement eu lieu en 2009

Ce mode de prise en charge a fait l'objet d'une récente réorganisation dans le but d'améliorer la qualité des prises en charge, en les orientant vers plus de professionnalisme. Un durcissement des conditions d'accès à l'activité a ainsi été décidé par l'assemblée de la Polynésie française.

L'hébergement thérapeutique en famille d'accueil, dans son organisation traditionnelle, avec un contrôle très allégé pour l'accueil thérapeutique au sein de la famille biologique, n'offrait que peu de garanties quant à la qualité des prises en charge.

Le manque de surveillance des familles d'accueil a parfois entraîné des dérives graves. Au cours de l'année 2009, plusieurs graves défauts de prise en charge ont remis en cause l'habilitation de plusieurs familles d'accueil.

Les limites de cette solution sont devenues de plus en plus patentées.

⁹² Il est regrettable qu'aucune suite administrative n'ait été envisagée pour sanctionner ces dysfonctionnements.

Une loi du pays du 6 octobre 2009 a amélioré la situation, mais n'a pas apporté de solution définitive au problème. Ce texte a créé un agrément préalable à la reconnaissance de la qualité d'accueillant familial, dénomination substituée à celle de famille d'accueil. Ce texte a, de fait, supprimé l'agrément tacite des accueillants au sein de la même famille, qui, jusqu'à présent, était autorisé.

La loi du pays a instauré l'obligation de formation des accueillants et de disposer de locaux conformes pour l'accueil des patients. L'agrément du sollicitant n'est obtenu qu'après visite du domicile, afin de vérifier la conformité de celui-ci à l'activité postulée. La moralité des accueillants est aussi vérifiée. Une assurance responsabilité civile est exigée. Il est mis fin au statut à vie d'accueillant familial, l'agrément n'étant délivré pour une durée de 3 ans.

Les services sociaux encadrent le nombre de patients susceptibles d'être accueillis dans un lieu déterminé. L'arrêté d'agrément fixe le nombre de personnes pouvant être accueillies dans la limite de 3. Des limites sont introduites en matière d'accueil de mineurs et d'adultes en situation de vulnérabilité sous le même toit. Ce type d'accueil est interdit, sauf s'il s'agit de membres d'une même famille. En outre, un impératif de formation a été introduit par la loi du pays. Les accueillants familiaux agréés sont désormais obligés de suivre une formation initiale et une formation continue. La direction des affaires sociales est chargée de la surveillance du dispositif⁹³.

A ce jour, les services sociaux, faute souvent de pouvoir disposer d'une alternative réelle en établissement, ont cependant continué à placer en famille d'accueil les enfants en difficulté ou les personnes âgées valides. Mais, cette solution leur apparaît extrêmement inadaptée pour le placement des handicapés mentaux ou des jeunes particulièrement perturbés.

3.4 - Le financement des établissements doit évoluer vers une tarification au prix de journée

Une des carences du système reste sans conteste le mode de financement des établissements. Les subventions qu'ils reçoivent ne reposent en effet sur aucune base tarifaire.

Comme pour une association d'intérêt général, l'établissement présente un budget. Ce document est analysé par les services de la DAS, puis présenté en commission des établissements.

La commission, présidée par le ministre en charge de la solidarité, décide du montant alloué à chaque établissement. Cette décision est ensuite transmise au conseil des ministres qui l'approuve par arrêté. La subvention est enfin versée par l'agence comptable de la CPS selon des modalités qui échappent, sans raison déterminante, au circuit normal de financement de la collectivité de la Polynésie française.

En 2000, le rapport précité de la DGPS avait déjà invité la Polynésie française à financer les établissements sur des bases objectives.

⁹³ Une première formation a eu lieu le 6 octobre 2009. Une formation spéciale pour les familles thérapeutiques, susceptibles d'accueillir des personnes atteintes de troubles psychiatriques, est en projet.

En effet, les subventions versées tiennent souvent compte de l'histoire des associations et de leurs charges de personnel⁹⁴. Actuellement, afin de maîtriser les coûts, la DAS s'efforce d'encourager l'encadrement des charges de personnel par la signature de conventions collectives.

L'absence de normes réglementaires en matière d'encadrement des établissements a desservi la gestion économe de ces crédits budgétaires. Dans ce domaine, aucun progrès n'a été réalisé depuis 2000.

La tarification au prix de journée social complet (y compris l'amortissement), par personne hébergée, est restée à l'état de projet.

Cette réforme, aussi déterminante qu'elle soit, ne sera cependant pleinement efficace qu'à la condition qu'au préalable une structure ad hoc, ou un service de la DAS, soit chargé de l'assistance administrative et financière des établissements, dont les instances de gestion restent insuffisamment professionnalisées. Par exemple, une des premières missions de cette structure serait de déterminer les paramètres à intégrer dans le prix de journée social complet, en tenant compte dès que possible des amortissements liés aux indispensables mises aux normes des établissements.

La Chambre considère qu'il s'agit d'une des voies à emprunter pour accéder à une meilleure maîtrise des coûts du secteur médico-social.

Ce préalable est en effet obligatoire pour dégager, dans de bonnes conditions, les financements nécessaires à la satisfaction des lourds besoins d'investissement et d'équipements que requiert le secteur.

Dans sa réponse aux observations provisoires, la collectivité de la Polynésie française convient qu'il lui faut s'engager encore plus résolument dans la tarification au prix de journée, en facilitant l'adoption d'une convention collective spécifique pour harmoniser les salaires qui représentent 80% de la structure de coût des établissements. La Chambre prend acte de la détermination de la collectivité et en attend des retombées concrètes et rapides.

⁹⁴ Elles représentaient en moyenne plus de 70 % du budget.

4 – Recommandations

Le constat sur l'organisation de la protection sociale et de la solidarité établi en octobre 2010 par le rapport de la mission d'assistance à la Polynésie française est sans appel. Il aurait pu être moins accablant si, pour faire face à l'instabilité croissante du système de protection sociale et de solidarité, des réformes structurelles avaient été entreprises suffisamment tôt :

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

En réalité, ces dysfonctionnements ne sont pas des surprises. Leurs effets pervers avaient été décelés et portés à la connaissance des autorités polynésiennes depuis plusieurs années. Dès septembre 1997, soit deux ans à peine après le démarrage de la PSG, le rapport de Bernard Brunhes International, commandé par le gouvernement polynésien, déconseillait de conserver une gestion aussi complexe.

Ce travail d'expert prônait l'abandon progressif de l'organisation actuelle, jugée trop compliquée à gérer. Il aboutissait à la conclusion que : *« Quels que soient les choix futurs, dont il est probable qu'ils aillent plutôt dans le sens de l'harmonisation des régimes, sinon vers l'unité totale, une clarification s'impose. La mission estime qu'une procédure graduelle pourrait utilement être imaginée et servir de base à une solution consensuelle. Dans un premier stade, il s'agirait de concevoir une union de régimes dirigée par un conseil d'administration composé au prorata des ressortissants des régimes. »*

La Chambre a considéré que la préservation du niveau de protection sociale et de solidarité en Polynésie française dans des conditions financières soutenables nécessitait une réforme profonde du système de la PSG, mais aussi la modernisation indispensable du secteur médico-social. Au préalable, le rôle de l'assemblée de la Polynésie française dans la gestion de la protection sociale doit être réévalué : fixation d'objectifs à long terme pour les prestations, fixation des seuils de ressources pour les ouvrants droits, contrôle des budgets.

Un débat annuel sur les comptes et les orientations de la protection sociale et de la solidarité devrait être organisé à l'Assemblée, introduit par les rapports du président de la Polynésie française, du délégué à la protection sociale et du CESC.

Les modifications doivent toucher le régime de prestations, les règles d'admission, les règles de gestion, et les risques couverts. L'évolution doit être sensible et doit inclure une réforme du pilotage de ce secteur par la collectivité de la Polynésie française, en veillant particulièrement à conserver des mécanismes simples et lisibles, en rapport avec la taille réduite de la population couverte.

Trois axes principaux doivent être ainsi privilégiés : la réforme du régime des prestations, la révision des règles de gestion et de financement et la modernisation du secteur médico-social.

4.1 - Le régime des prestations doit être réformé

Le régime des prestations devrait être simplifié et modernisé afin de renforcer son efficacité.

4.1.1 - L'uniformisation des prestations universelles

Une des voies de simplification des prestations servies aux publics fragiles consisterait à développer des prestations universelles, non liées à l'appartenance professionnelle et aux cotisations versées.

Ces prestations seraient délivrées, sous des conditions de ressources décidées par l'assemblée de la Polynésie française, après avis des partenaires sociaux.

Le développement des prestations universelles devrait être aussi encouragé en substitution des modes anciens (bons des fonds d'action sociale du RSPF et du RNS). La fusion des fonds d'action sociale du RSPF, du RNS et du RGS, si elle était décidée, devrait être accompagnée d'un ajustement dans l'organisation des services⁹⁵.

Cette modernisation reste cependant dépendante de la connaissance des revenus en Polynésie française. A cet égard, la politique sociale de la collectivité gagnerait beaucoup à investir dans la construction d'un appareil statistique visant à détecter et à réduire la dissimulation des revenus réels.

4.1.2 – La planification de l'unification des régimes

Le rapport de la mission d'assistance à la Polynésie française, en posant « *la question du maintien de ce régime à l'identique à moyen terme, dans ses prestations comme dans ses financements* », invitait à la réforme profonde de la PSG afin de mieux la préserver⁹⁶.

Toutefois, à plus long terme, la voie de l'harmonisation des prestations devrait conduire à leur gestion au sein d'un régime unique. Cette orientation répondrait aux critiques qui se sont élevées contre le système actuel, où les différences de traitement entre les ressortissants des régimes apparaissent injustifiées. Tous les experts consultés par la Polynésie française l'ont d'ailleurs invitée à introduire plus d'équité dans le système de protection sociale.

Cette mutation devrait être effectuée par étapes, négociées avec les partenaires sociaux, sous l'arbitrage de la collectivité de la Polynésie française.

⁹⁵ Le service du RGS, qui comporte 31 salariés, dont 13 assistantes sociales, pourrait être mis à disposition de la DAS qui manque cruellement de personnels qualifiés.

⁹⁶ Depuis, hormis un accord au Conseil de la protection sociale, en septembre 2010, sur de nouveaux paramètres de financement, la réforme n'avance pas. Les déficits continuent de se creuser sans que se dessine une sortie durable de la crise de financement qui frappe le système de la PSG.

4.2 – Les règles de gestion et de financement doivent être profondément révisées

La collectivité de la Polynésie française devrait également améliorer les moyens de contrôle du système de protection sociale. Les conditions financières ont changé. La puissance publique doit pleinement investir son rôle de régulateur.

Une révision des conventions de 1995, relative au rôle et aux prestations de la PSG, devrait être entreprise : la place et le rôle de la CPS, comme opérateur technique du système de protection sociale, ne devrait plus souffrir d'interprétations divergentes.

4.2.1- L'admission doit être prononcée, sans limitation de durée

L'admission dans les régimes repose sur le système de l'affiliation, qui consiste à affecter la personne en fonction de son statut au regard de l'emploi.

Cette affectation est donc, par nature, variable en fonction de la situation du travail et des revenus de l'intéressé. Le RSPF est, dans ce système, le régime réceptacle destiné à accueillir les plus démunis. Ce système entraîne automatiquement des charges administratives notamment liées aux parcours des personnes alternant période d'emploi et de chômage.

Il serait préférable, afin de rendre le système plus fluide et plus simple, de maintenir les droits sans limitation de durée soit dans le cadre de l'actuelle autonomie des régimes, soit dans le cadre d'un régime unifié, si la Polynésie française le décidait.

L'enquête sociale devrait être réservée aux cas particuliers et devenir seconde par rapport à l'attribution des prestations et aides sur critères sociaux.

4.2.2 - Le mode de financement doit être redéfini

Après avoir réussi une synthèse originale entre deux logiques opposées, pour généraliser la couverture sociale, la PSG requiert, aujourd'hui, une refondation, afin qu'un nouveau point d'équilibre soit défini, en particulier sur le plan financier.

Les conditions de financement des régimes, et la part croissante qu'est amenée à prendre la puissance publique, doivent lui redonner une place centrale dans le dispositif qu'elle n'aurait jamais dû délaissier.

Actuellement, le déficit cumulé du système de la PSG, provoqué par la branche maladie du RGS, est estimé à environ 15 milliards de F CFP au 31 décembre 2010. Les marges de financement budgétaire disponibles de la Polynésie française ont considérablement diminué depuis 2008. Un appel accru à la fiscalité affectée a permis de moins solliciter le budget pour financer la solidarité et le secteur médico-social.

Dans ces conditions, les modalités actuelles de financement mériteraient d'être reconsidérées.

Sous réserve des économies de gestion qu'une simplification du système permettrait de faire, comme par exemple les frais de gestion versés à la CPS par le RNS et le RSPF, le caractère mixte du financement de la protection sociale aurait avantage à être conservé. En outre, l'affectation d'une fiscalité moins sensible à la conjoncture pourrait atténuer les effets pro cycliques en période de crise économique.

Le raisonnement qui pourrait être conduit par la Polynésie française pourrait prendre pour point de départ le risque à couvrir (la branche) et l'associer à un financement spécifique :

- le risque maladie serait majoritairement couvert par des cotisations, tout en protégeant le coût du travail par une fiscalité adaptée, le plus en amont de la production et des taxes spécifiques incitatives, et en garantissant l'accès des plus démunis au système de santé ;
- le risque famille pourrait être fiscalisé, dans le cadre d'un impôt à assiette large, et les prestations versées pourraient être versées sous conditions de ressources ;
- le risque retraite pourrait être couvert majoritairement par des cotisations, l'impôt contribuant au paiement des retraites minimales.

Enfin, la résorption des déficits antérieurs devrait être rapidement mise en œuvre.

4.3 - Le secteur médico-social doit être modernisé

Le secteur médico-social accuse un retard important et n'est l'objet d'aucune véritable stratégie définie par la collectivité de la Polynésie française. Trois axes prioritaires mériteraient d'être pris en considération à l'avenir pour tenter de combler ces lacunes.

4.3.1- Se doter des outils indispensables à la régulation du secteur médico-social

La collectivité de la Polynésie française devrait actualiser le schéma des établissements en anticipant sur les besoins sociaux de la population.

Une campagne d'accréditation des établissements, selon les critères définis pour leur agrément par les services de la DAS, devrait recevoir un degré de priorité élevé afin de mettre aux normes de sécurité l'ensemble des établissements médico-sociaux et socio-éducatifs.

4.3.2 - Planifier les besoins liés au vieillissement

Le vieillissement de la population polynésienne deviendra une source importante de dépenses sociales qui n'est à ce jour pas suffisamment pris en compte dans le périmètre de la protection sociale et de la solidarité.

La collectivité de la Polynésie française ne dispose d'aucune maison de retraite. Un plan, après évaluation prospective des besoins, doit, dès que possible, être lancé afin d'anticiper les besoins.

Cette charge inéluctable doit être intégrée dans le futur modèle de financement de la protection sociale et de la solidarité.

4.3.3 - Rénover le financement des établissements médico-sociaux

Le système du subventionnement des établissements a montré ses limites. La collectivité de la Polynésie française devrait sans tarder mettre en place un système de tarification à prix de journée pour l'ensemble de ces établissements.

Dans sa réponse aux observations provisoires, le Président de la Polynésie française s'est déclaré parfaitement en accord avec les recommandations de la chambre qui visent à préserver le niveau de protection sociale et de solidarité tout en réformant profondément la PSG.

Annexe 1 : Evolution des dépenses des régimes sociaux

<i>(en MF CFP)</i>	1995	2005	2006	2007	2008	2009
Régime général des salariés (RGS)	27 967	58 713	63 175	67 385	73 975	75 806
Régime de solidarité (RSPF + ex RPSMR)	11 994	19 062	20 274	21 411	22 888	23 511
Régime des Non salariés (RNS)	855	3 330	3 571	3 729	3 883	3 191
Total dépenses PSG hors Sécu	40 816	81 105	87 020	92 525	100 746	102 508
Nombre de ressortissants (hors Sécu)	175 501	220 787	227 064	229 786	233 384	235 490
Coût moyen par ressortissant (en F CFP)	232 566	367 343	383 240	402 657	427 814	435 200

Annexe 2 : Les sources de financements de la protection sociale de 2004 à 2009

<i>en MF CFP</i>	Régimes	Cotisations	Contribution du Pays	Contribution Etat	CST	Taxe de solidarité	Taxe sur alcool et tabacs	Taxe sur les produits sucrés	Frais de gestion	Autres produits	Total recettes
2004	RSPF		9 007	2 607	5 902	407					17 923
	RNS	1 728	1 197							118	3 043
	RGS	55 411							1 182	2 342	58 935
2005	RSPF		9 501	2 361	5 916	478					18 256
	RNS	1 615	1 501							168	3 284
	RGS	59 099							1 262	1 809	62 170
2006	RSPF		7 637	2 625	7 629	470	1 160				19 521
	RNS	1 809	1 539							130	3 478
	RGS	58 552	2 100						1 334	1 886	63 872
2007	RSPF		8 116	1 909	8 207	511	2 011				20 754
	RNS	1 913	1 458							267	3 638
	RGS	61 660	1 600						1 276	7 083	71 619
2008	RSPF		10 838		8 883	487	2 030				22 238
	RNS	2 172	1 543							183	3 898
	RGS	67 354	1 702						1 281	1 890	72 227
2009	RSPF		10 472		8 799	485	3 272	358			26 173
	RNS	2 245	1 466							182	3 893
	RGS	66 622	1 550						1 304	3 421	72 897
Total		380 180	71 227	9 502	45 336	2 838	8 473	358	7 639	19 479	545 032

Annexe 3 : Tableau des recettes versées par la collectivité de la Polynésie française à la PSG entre 2004 et 2009.

<i>en MF CFP</i>	Régime	Contribution du Pays	CST	Taxe de solidarité	Taxe sur alcool et tabacs	Taxe sur les produits sucrés	Total recettes	Total recettes
2004	RSPF	9 007	5 902	407			15 316	16 513
	RNS	1 197					1 197	
	RGS							
2005	RSPF	9 501	5 916	478			15 895	17 396
	RNS	1 501					1 501	
	RGS							
2006	RSPF	7 637	7 629	470	1 160		16 896	20 535
	RNS	1 539					1 539	
	RGS	2 100					2 100	
2007	RSPF	8 116	8 207	511	2 011		18 845	21 903
	RNS	1 458					1 458	
	RGS	1 600					1 600	
2008	RSPF	10 838	8 883	487	2 030		22 238	25 483
	RNS	1 543					1 543	
	RGS	1 702					1 702	
2009	RSPF	10 472	8 799	485	3 272	358	23 386	26 402
	RNS	1 466					1 466	
	RGS	1 550					1 550	
Total		71 227	45 336	2 838	8 473	358	128 232	128 232

Annexe 4 : Les composantes du financement apporté par la collectivité de la Polynésie française

En milliards de F CFP	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Recettes versées par la collectivité	13 066	12 627	12 562	12 855	16 513	17 396	20 535	21 903	25 483	26 402
Subventions versées	60,97%	58,18%	54,61%	56,39%	61,79%	63,25%	54,91%	51,02%	55,26%	51,09%
CST	39,03%	41,82%	45,39%	43,61%	35,74%	34%	37,15%	37,47%	34,86%	33,33%
Taxes					2,47%	2,75%	7,94%	11,51%	9,88%	15,58%
Fiscalité affectée					38,21%	36,75%	45,09%	48,98%	44,74%	48,91%

Annexe 5 : Tableau des effectifs de la DAS concourant à l'action socio-éducative

(2004-2010)

	Effectif théorique	Effectif au 31/12/04	Effectif au 31/12/05	Effectif au 31/12/06	Effectif au 31/12/07	Effectif au 31/12/08	Effectif au 31/12/09	Effectif au 31/12/10
<u>Assistants socio-éducatifs :</u>								
- Assistantes sociales (1 pour 3 500 habitants)	71	12	14	20	19	21	23	25
- Educateurs spécialisés / Animateurs DEFA (1 pr 30 enf.)	63	45	48	49	52	54	49,5	55
- Educateurs pour jeunes enfants	4	2	2	3	2	2	2	2
- Conseillères en économie sociale et familiale	4	1	1	-	-	1	1	1
<i>Sous-total</i>	142	60	65	72	73	78	75,5	83
<u>Agents sociaux :</u>								
- Moniteurs éducateurs	9	-	-	2	2	2	2	2
- Auxiliaire de vie	9	-	-	-	-	-	-	-
- Auxiliaire sociales	-	14	10	12	8	8	8	8
- Travailleuses familiales (2 par circo.)	18	2	2	2	2	1	1	1
<i>Sous-total</i>	36	16	12	16	12	11	11	11
Psychologues (1 par circo, 5 pour les divisions)	14	7	6	7	7	8	8	8
Secrétaires (2 par circo)	18	18	21	19	20	21	21	20
TOTAL GENERAL	210	101	104	114	112	118	115,5	122

N.B : A cet effectif, s'ajoutent environ 200 travailleurs et agents sociaux intervenant dans les établissements.

Annexe 6 : Les grands domaines d'intervention du Fonds d'action sociale du RSPF

		2004	2005	2006	2007	2008	2009
Enfants	Frais de cantine scolaire et de pension	121 440 703	115 750 875	117 721 590	97 247 990	114 181 545	110 200 487
	Frais de scolarité et voyages d'étudiant	2 432 303	1 514 073	4 175 686	13 480 174	18 984 487	31 720 018
	Participation aux colonies de vacances	51 310 269	63 722 290	72 639 771	95 102 154	69 891 543	88 218 279
	Protection enfance en danger	161 878 521	149 445 885	194 153 164	194 617 017	194 566 841	187 835 300
	Aides exceptionnelles aux enfants scolarisés			-		144 100 000	152 060 000
	Total Enfants	337 061 796	330 433 123	388 690 211	400 447 335	541 724 416	570 034 084
Difficultés sociales	Vestimentaires	21 972 159	27 579 276	19 202 979	33 540 261	36 065 820	48 817 850
	Secours d'urgence et aides diverses	3 717 011	3 908 669	390 899	11 171 470	2 645 111	13 888 692
	Alimentation	27 052 068	25 311 948	23 296 673	42 438 354	56 410 618	94 104 370
	Aide "soutien aux familles en difficulté"		139 746 623	128 555 907	89 383 506	44 237 021	59 101 098
	Placement en famille d'accueil (gardiennage)	91 152 526	92 468 973	100 055 434	118 422 348	119 495 108	107 174 542
	Frais d'hébergement	30 220 385	40 845 220	40 978 549	82 604 902	78 467 889	78 237 651
	Amélioration de l'habitat	7 696 670	5 405 543	3 790 784	37 048 845	19 293 039	23 288 699
	Aides à l'insertion	305 493	342 108	304 019	2 233 814	2 131 984	4 635 216
	Prestations en espèces	6 754 210	7 597 625	7 495 788	7 204 138	7 319 788	7 578 237
	Total Difficultés sociales	188 870 522	343 205 985	324 071 032	424 047 638	366 066 378	436 826 355
Santé	Frais pharmaceutiques	4 877 591	4 789 263	3 818 376	5 878 274	4 603 934	4 493 434
	Prothèses	1 509 616	684 908	5 682 304	4 562 951	3 383 342	3 966 914
	Tierce personne	20 519 327	27 474 825	40 689 710	61 551 155	66 279 175	76 377 600
	Frais de transport	2 447 790	4 172 402	2 305 331	7 023 346	5 110 996	7 693 054
		Total Santé	29 354 324	37 121 398	52 495 721	79 015 726	79 377 447
Subventions	Subventions diverses Institutions sociales						
	Insertion soc-éco familles	26 891 002	12 150 816	9 522 408	11 192 400	18 021 612	16 921 572
	Insertion soc-éco jeunes	48 093 416	61 209 569	129 774 961	136 568 954	86 867 934	76 289 906
	Insertion soc-éco personnes âgées	1 400 000	1 641 055	3 869 294	1 000 000	96 000	
	Insertion soc-éco handicapés	15 579 930	15 738 553	18 158 720	15 066 860	23 763 378	34 406 834
	actions de formation	1 820 000	1 000 000	1 500 000		948 190	925 440
	act° en faveur du développement social local			-			7 200 000
	Total Subventions	93 784 348	91 739 993	162 825 383	163 828 214	129 697 114	135 743 752
Divers	Bourses formation d'animateurs	1 746 800	2 827 300	2 797 730	2 943 950	2 458 150	2 950 700
	Perte de change						1
	Dotations aux prov. Techniques						33 983 975
	Total du FAS	650 817 790	805 327 799	930 880 077	1 070 282 863	1 119 323 505	1 272 069 869