



ASSEMBLÉE DE LA
POLYNÉSIE FRANÇAISE

Commission de la santé et des solidarités

Rapport d'information portant sur les personnes âgées en perte d'autonomie

Présenté par

*M^{me} Rachelle FLORES, M^{me} Sylvana TIATOA et M. Félix, Hoa TETUA,
Représentants à l'assemblée de la Polynésie française,
Rapporteurs de la mission d'information*

Table des matières

Introduction	3
I- Le vieillissement de la population : un phénomène alarmant dont il faut se saisir urgemment	6
A- Une prise en charge des matahiapo perçue comme insuffisante	6
a- Une présence hétéroclite de l'administration, notamment dans les archipels	6
1- Une présence insuffisante de la santé publique	6
2- Une présence insuffisante des services sociaux	9
b- Un manque de professionnels du secteur privé	10
1- Un manque de professionnels de santé libéraux	10
2- Un manque de professionnels médico-sociaux formés	11
B- Des critères de prise en charge à adapter et harmoniser	12
a- La difficile prise en charge de certaines pathologies	13
1- La déficience mentale	13
2- La perte d'autonomie physique entraînant l'impossibilité de se mouvoir	14
b- Une disparité de prise en charge résultant de la pluralité de régimes de protection sociale	15
1- La pluralité d'interlocuteurs : une source de confusion pour l'utilisateur du service public	15
2- Des aides sociales différentes selon les régimes	17
II- Les modalités de prise en charge des matahiapo : la nécessité d'aider les familles	18
A- Le maintien à domicile : un mode de prise en charge demeurant privilégié par les familles polynésiennes	18
a- Un maintien à domicile difficile à mettre en œuvre	18
1- Des aménagements onéreux parfois non pris en charge	19
2- Le besoin d'une présence continue difficile à satisfaire	20
b- Des dispositifs d'aide perfectibles	22
1- Le dispositif aidant feti'i : un bilan mitigé	22
2- Le dispositif de tierce personne : une filière à professionnaliser	25
B- Les centres d'hébergement : le dernier recours des familles	27
a- Structures d'accueil : des règles inexistantes ou inadaptées	27
1- L'application de règles d'urbanisme (ERP) en l'absence de dispositions idoines applicables	27
2- Des structures qui peinent à se conformer aux exigences réglementaires	28
b- Une qualité de prise en charge très variable	30
1- Des prises en charge disparates, parfois indignes	30
2- Un manque de formation	31
III- Vers une amélioration du quotidien des matahiapo	32
A- Le cadre de vie comme élément déterminant du bien-être des matahiapo	32
a- Le nécessaire maintien du lien social	32
1- La famille, au cœur des relations sociales des matahiapo	32
2- Les centres de jour, une alternative pour maintenir le lien social	33
b- Le nécessaire maintien de la personne âgée dans des conditions de vie décentes	34
1- Le maintien de la propreté et l'entretien du logement occupé	34
2- Le respect de la dignité de la personne âgée	36
B- L'exemple de la vie dans les îles éloignées : un gage de longévité et de bonne santé	38
a- Un mode de vie sain pour un corps sain	38
1- Une alimentation saine et des activités physiques quotidiennes	38

2-	Le recours à la médecine traditionnelle	40
b-	Un mode de vie communautaire	41
1-	Des familles rarement nucléaires	41
2-	Une vie associative dynamique, notamment s'agissant des confessions religieuses	42
IV-	Préconisations.....	43

Introduction

Le vieillissement de la population, phénomène mondial, entraîne de lourdes conséquences, tant au niveau sociétal, qu'économique.

Alors que l'organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'au niveau mondial, d'ici 2030, une personne sur 6 aura 60 ans ou plus (*soit 16,67 % de la population mondiale*), au niveau local, l'ISPF estime qu'en 2030, 19 % de la population polynésienne feront partie de cette classe d'âge, correspondant à 54 000 personnes¹.

La Polynésie n'est pas épargnée par ce phénomène. En effet, le rapport « *faire famille au Fenua, sociologie de la parenté contemporaine en Polynésie française* », publié en novembre 2022, rappelle que dans la période des années 60 à 2000, la Polynésie a connu une transition démographique rapide, avec une spécificité qui est le maintien d'un faible taux de nuptialité. Ce rapport affirme que le territoire est désormais en phase de maturité démographique et que le vieillissement de la population est l'un des marqueurs de la maturité démographique de la société.

Face à ce constat d'un vieillissement accéléré, la commission de la santé et des solidarités, en sa séance du 17 septembre 2024, a créé la mission d'information objet du présent rapport, relative aux personnes âgées en perte d'autonomie.

La définition du cadrage de cette mission d'information a posé de nombreuses difficultés, tant ce sujet est d'une importance cruciale pour les familles polynésiennes.

Ce sujet a d'abord posé des difficultés quant aux définitions. En effet, si selon l'OMS, une personne est considérée comme âgée à partir de 60 ans, les auditions effectuées dans le cadre de cette mission d'information ont quant à elles révélé qu'en Polynésie, ce n'est pas l'âge qui fait d'une personne un *matahiapo* car c'est un terme issu de la culture polynésienne. Pour autant nous pouvons identifier les dispositifs réservés aux personnes âgées, lesquels sont exclusifs aux personnes ayant 62 ans et plus tel que l'accès à la retraite ou le bénéfice du minimum vieillesse, *moni rū'au*.

En effet, les *matahiapo* auditionnés, notamment dans les îles, affirment qu'être *matahiapo*, ce n'est pas avant 75, voire 80 ans. En outre, selon ces personnes, la perte d'autonomie résulte systématiquement de la maladie. Ainsi, dans cette conception de la vieillesse, une personne de 70 ans qui ne serait pas malade ne serait pas considérée comme *matahiapo*.

Une réflexion sur l'usage de ce mot était alors nécessaire. Le dictionnaire de l'académie tahitienne Fare vāna'a traduit le mot « *matahiapo* » par « *premier né, aîné* ».

Le mot « *mātuatua* » pourrait alors être utilisé dans la mesure où celui-ci est traduit par le terme « *ancien* ». Le terme « *rū'au* » pourrait également convenir. Pourtant, c'est bien le terme « *matahiapo* » qui est couramment utilisé pour désigner les personnes âgées. Les

¹ Cette estimation est calculée à espérance de vie constante, donc si l'espérance de vie était amenée à augmenter, la part de personnes âgées augmenterait davantage.

membres de l'association Te Fare Hiro'a no Vavau de Bora Bora ont partagé aux membres de la mission d'information une définition de *Matahiapo* dans sa dimension culturelle et spirituelle, démontrant l'importance cruciale des aînés au sein de la société polynésienne. Ainsi, cette association mène des actions de conservation du patrimoine, au travers de la transmission intergénérationnelle, et organise de manière hebdomadaire des conseils des sages.

Une autre difficulté rencontrée dans l'établissement du cadrage de cette mission d'information a été de définir ce qu'est un *matahiapo* en perte d'autonomie. Si des dispositifs sont exclusifs aux *matahiapo*, la perte d'autonomie est reconnue sans considération de l'âge du bénéficiaire car cela repose sur des critères médicaux tel que la reconnaissance d'un handicap ayant une incidence sur le quotidien.

Souvent, la perte d'autonomie mène à une mesure de protection juridique : sauvegarde de justice, curatelle ou encore tutelle. La personne désignée par le juge des tutelles n'est pas nécessairement un membre de la famille, cette fonction pouvant être exercée par des professionnels.

Les services du Pays recensent 2 010 personnes âgées « dépendantes », c'est-à-dire ayant besoin d'aide ou de surveillance, correspondant à 5 % des personnes de plus de 60 ans. Eu égard à ce constat, il apparaît que c'est une faible partie des personnes de plus de 60 ans qui sont dépendantes.

Une précision concernant l'âge de ces personnes dépendantes serait la bienvenue pour mieux cerner un potentiel « âge pivot » où l'autonomie des personnes serait en déclin. Ceci permettrait la reconnaissance d'une situation qui n'épargne personne passé un certain âge, car pour l'heure le handicap est souvent lié à une situation biologique ou à un accident de la vie, ce qui rend difficile la reconnaissance des situations de handicap liées à l'avancée de l'âge.

Les représentants de la DSFE indiquent quant à eux que si une personne est vulnérable, elle peut être suivie par la DSFE. Il en va de même s'agissant d'une personne qui serait porteuse d'un handicap, avec un taux d'invalidité. Mais il semblerait qu'il manque des dispositifs adaptés selon les situations et qu'une règle commune s'impose à tous.

Or, qu'est-ce que la vulnérabilité ? Quelles sont les aides accessibles en situation de perte d'autonomie ?

Les aides sociales sont attribuées aux ressortissants des différents régimes. Mais il est difficile pour l'utilisateur de trouver directement le bon interlocuteur. Doit-il s'adresser à la DSFE ou à la CPS ? Si la DSFE reçoit les publics faisant face à des difficultés, le traitement des aides et leurs règlements fait face à plusieurs obstacles. Des obstacles résultant de changements de stratégies du Pays concernant l'action sociale et de la superposition d'aides et de dispositifs.

Il semblerait qu'on assiste à une situation de « flou » pour les services. Selon les représentants de la DSFE, l'absence de définition commune fait que la CPS et la DSFE ne vont « *pas forcément s'entendre sur le curseur* », bien que cela entraîne des « *situations complexes pour les usagers* »².

² Ce sujet sera explicité infra à la partie I-B-b- 1 relative à la pluralité d'interlocuteurs : une source de confusion pour l'utilisateur du service public

Les travaux menés au cours de cette mission d'information ont mis en lumière une politique publique de prise en charge de la perte d'autonomie qui souffre avant tout d'un manque de coordination. Il y a plusieurs interlocuteurs possibles pour un usager alors que chaque fonds d'action sociale est propre au régime de chaque ressortissant. Ce qui conduit à perdre l'usager ainsi que les structures comme la DSFE et la CPS qui n'arrivent plus à se coordonner.

Au niveau du Pays, cette politique publique concerne à la fois le ministère chargé des solidarités, le ministère de la santé, mais également le logement, l'aménagement et le travail.

Ce qui a conduit la mission d'information à s'interroger : la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie est-elle une situation qui relève du ministère de la santé ou des solidarités ? L'ensemble des ministères cités en amont arrivent-ils à proposer une politique interministérielle qui réponde aux besoins ?

Les représentants de la DSFE ont insisté sur l'absence d'outil de coordination, qui permettrait une action plus significative, car « *l'action sociale n'est jamais dans un domaine* ».

Face à ce manque d'efficacité ou suite à la confusion des politiques en faveur des personnes âgées, les communes interviennent alors qu'elles n'ont pas cette compétence. Le transfert éventuel de l'action sociale à la commune a été un sujet saillant dans les auditions.

Par ailleurs, il y a 20 ans, on estimait à 5 le nombre de cotisants pour un retraité. Ce chiffre est désormais de 1,7. En d'autres termes, notre système de retraite sert plus de 33 000 personnes. Il se fragilise et il est nécessaire d'entamer une réforme pour faire face aux besoins et aux enjeux de demain.

Si l'espérance de vie a considérablement augmenté, la précarité n'épargne pas la population et les personnes âgées y sont également exposées. Les besoins en aides sociales n'ont cessé d'augmenter comme le démontre l'analyse des fonds d'action sociale des différents régimes ces dernières années.

La précarité rattrape les seniors, plus encore dans des situations de perte d'autonomie et la COTOREP apparaît comme un complément de revenu. La commission reçoit de nombreuses demandes pour un complément financier alors que son rôle concerne principalement l'accompagnement dans un contexte professionnel, ce qui n'est plus la situation des personnes âgées qui sont titulaires d'une pension de retraite ou du minimum vieillesse.

Ce sont autant d'éléments qui ont convaincu les membres de la mission d'information de conduire ce rapport, lequel est le fruit d'auditions menées à Tahiti, mais également à Bora Bora, Rangiroa, Tubuai et aux îles Marquises.

Pendant 3 mois, les membres ont procédé à l'audition des principaux acteurs publics et privés de la vieillesse, au travers de l'audition de 59 personnes, mais aussi de la visite de 7 structures d'accueil de personnes âgées.

Les membres sont en outre allés au plus près des personnes âgées en perte d'autonomie maintenues à domicile. Ainsi, à Rangiroa, 18 foyers comprenant des *matahiapo* ont reçu la visite de la délégation. A Bora Bora, un couple de personnes âgées a été rencontré à son domicile. À Tubuai, ce sont 8 foyers, soit 11 *matahiapo*, qui ont été rencontrés.

Aux Marquises, ce sont 10 foyers qui ont reçu la visite de la délégation à Ua Huka, 8 à Ua Pou et 6 à Nuku Hiva, soit un total de 40 familles visitées à leur domicile par la délégation, qui a pu saisir les difficultés rencontrées par chacune d'elles au quotidien.

De pair avec le travail de proximité effectué par la mission d'information, celle-ci a rédigé ses conclusions et ses préconisations en s'appuyant sur les différents rapports abordant la question de la vieillesse tels que les études de l'université précitées, le rapport de la CTC de 2022 sur la politique sociale en Polynésie, le rapport d'évaluation du système de protection sociale et de santé de 2019 ainsi que les différents échanges sur la construction du schéma d'organisation sociale de Polynésie.

Fort de ces échanges riches, parfois bouleversants, le présent rapport d'information vise à permettre d'améliorer la prise en charge de nos *matahiapo* en perte d'autonomie, dans l'ensemble des îles composant notre beau Pays.

I- Le vieillissement de la population : un phénomène alarmant dont il faut se saisir urgemment

Le vieillissement de la population doit être mieux pris en compte car les travaux menés ont révélé une prise en charge qui est perçue comme insuffisante, avec des critères de prise en charge, d'une part, à adapter aux situations individuelles et aux îles d'intervention, et d'autre part, à harmoniser entre les différents régimes de protection sociale.

A-Une prise en charge des *matahiapo* perçue comme insuffisante

L'insuffisance de la prise en charge des *matahiapo* résulte d'une part de la présence hétéroclite de l'administration, notamment dans les archipels, mais également dans les zones rurales de Tahiti, et d'autre part d'un manque de professionnels libéraux.

a- Une présence hétéroclite de l'administration, notamment dans les archipels

L'accès aux soins reste disparate, avec des zones de désert médical et un accompagnement social défaillant.

1- Une présence insuffisante de la santé publique

Le manque de personnels médicaux, notamment médecins et infirmiers, se retrouve partout en Polynésie mais davantage encore dans les îles éloignées.

Tahiti n'est pas pour autant épargnée. En effet, lors de la visite du Fare Matahiapo de Taravao, la directrice a rappelé que depuis 3 ans, il est demandé de créer des postes supplémentaires.

Aux Marquises, si les représentants de l'hôpital déplorent davantage un manque de personnels techniques, les tables rondes effectuées à la mairie de Ua Pou ont révélé une forme de désert médical, avec des postes de secours dans les vallées, tenus par des auxiliaires de santé. Selon les représentants de l'hôpital, des infirmiers supplémentaires sont nécessaires pour les vallées. À titre d'exemple, à Ua Huka, qui ne compte qu'une infirmière, le besoin d'un second

infirmier est confirmé par les représentants de l'hôpital. Il s'avère en effet que des personnels relevant de la convention collective des agents non fonctionnaires de l'administration (ANFA) n'ont pas été remplacés suite à leur départ à la retraite.

Aux îles Australes, la subdivisionnaire de la santé a rappelé lors de son audition que malgré 59 personnels répartis sur toutes les structures de santé de l'archipel, les moyens sont loin d'être suffisants. Aujourd'hui, il est dénombré environ 400 personnes malades dites « chroniques » sur 2 200.

La subdivisionnaire de la santé a lors de son audition a manifesté son besoin d'aide, s'agissant de la nécessité de créer des postes supplémentaires, car il faut savoir « *ce qu'il se passe loin des centres hospitaliers. Il faut créer des postes pour que l'activité soit normale* ». Ce témoignage soulève les carences en personnel soignant dans les archipels. La population est de ce fait contrainte d'attendre les tournées médicales ou bien se rendre à Papeete pour bénéficier de soins.

L'archipel ne compte pas d'hôpital. Seules les îles de Tubuai et Rurutu disposent d'un centre médical. S'agissant de Rimatara, Raivavae et Rapa, il n'y a que des infirmeries. Le centre médical de Tubuai est le seul à disposer de salles d'urgences, que les dispensaires n'ont pas.

La subdivisionnaire a en outre rappelé, concernant l'exécution des missions qui sont dévolues à la subdivision, qu'« *il n'y a pas assez de professionnels pour faire du curatif* ». Les déserts médicaux sont présents. Lorsque les dispositifs d'accompagnants ne sont pas appliqués dans les îles, il est parfois demandé aux kinésithérapeutes et aux infirmiers libéraux, de faire du nursing. Il en est ainsi dans toutes les îles de l'archipel.

Par ailleurs, il a été signalé que le navire Tahiti Nui, qui est utilisé pour les tournées administratives (deux fois par an pour une durée de trois semaines) ne serait pas adapté au matériel médical. Pour pallier cela, des projets ont été évoqués tels que celui d'un bateau hôpital ou d'un avion médicalisé. Cette solution s'inscrit dans la continuité des tournées médicales car il est difficile d'obtenir des soignants de manière permanente dans les îles.

Il a en outre été rappelé avec insistance la nécessité de poser un cadre pour les actes réalisés hors des compétences des personnels, notamment par les infirmiers.³

Cette extension des compétences est la solution proposée pour renforcer la capacité des soignants présents dans les territoires. Lorsqu'il n'y a pas de médecins, il est nécessaire de pouvoir compter sur les infirmiers et les auxiliaires de soins, à qui on demande toujours plus pour faire face aux déserts médicaux.

Le Pays « *couvre* » la santé sur certains actes, mais selon la subdivisionnaire de la santé, il faudrait une reconnaissance des personnels paramédicaux consultant en poste éloigné. Cela existe au Canada et cela fait maintenant 30 ans qu'une telle reconnaissance est attendue. Ainsi, il a été mis en lumière la nécessaire mise en place d'un comité de travail pour les infirmiers, car c'est un métier qui est différent en fonction du lieu d'exercice.

³ La subdivisionnaire a également insisté sur l'impérieuse nécessité de reclasser les infirmiers en catégorie A et de revaloriser les indemnités d'astreinte et la grille des salaires. Selon elle, les astreintes effectuées sur l'île ne doivent pas être du même montant que celles du CHPF, qui a tous les moyens matériels que Tubuai n'a pas.

En outre, le centre médical ne dispose pas de véhicule adapté, mais d'une ambulance aux normes. Ainsi le transport d'une personne en perte d'autonomie occupe un véhicule devant être disponible pour les situations d'urgence.

Les rencontres effectuées avec les personnes âgées en perte d'autonomie ont révélé des pénuries diverses.

Par exemple à Rangiroa, les infirmières libérales auditionnées déplorent des périodes assez fréquentes de ruptures à la pharmacie, notamment s'agissant des couches. L'approvisionnement des archipels demeure une difficulté pour le Pays et il est difficile d'identifier les besoins précis afin d'avoir les stocks nécessaires.

La problématique des couches et principalement de leur coût a été relevée à plusieurs reprises, indépendamment de l'île ou du mode de garde de la personne qui en est bénéficiaire. Si les fonds d'action sociale comprennent bien une ligne budgétaire pour l'aide à l'achat des alèses et des couches, ces aides sont plus difficiles d'accès aux îles éloignées qui souffrent d'une administration plus fragile que sur Tahiti.

Sur cette île, une autre problématique relevant de la santé publique a été soulevée : celle de l'impossibilité pour une personne âgée d'être hospitalisée au sein du centre médical qui n'est prévu que pour des prises en charge ponctuelles d'une durée maximale de 4 heures. Une prise en charge supérieure entraîne nécessairement une évacuation sanitaire vers Tahiti.

Cette problématique a alerté les membres de la mission d'information qui ont pu constater qu'un service de premiers secours est assuré dans les îles mais qu'il y avait une absence d'accompagnement pour les situations intermédiaires. Ainsi dès que la situation nécessite plus de 4 heures d'hospitalisation, la seule solution possible est une évacuation vers Tahiti.

Le transport des personnes en situation de dépendance est une problématique retrouvée dans l'ensemble des îles où les véhicules adaptés manquent.

Face à une politique confuse pour les personnes âgées, certaines communes n'ont pas hésité à intervenir en dehors de leurs compétences. C'est ainsi que le maire de Ua Huka a déclaré avoir été poursuivi en justice pour avoir organisé un repas en faveur des *matahiapo*.

La chambre territoriale des comptes a pointé la gestion de la commune de Tubuai, notamment s'agissant du transport de PMR assuré par les pompiers en l'absence de services spécifiques aux transports des PMR. Les communes prennent des risques afin d'assurer un service minimum auprès des *matahiapo*.

Lors des échanges avec les représentants de la commune de Tubuai, la question des véhicules accessibles aux PMR, inexistant sur l'île, a longuement été débattue. Ce constat a interrogé les membres de la mission d'information sur l'ensemble des soins et services que pourrait fournir une branche dépendance de la PSG. Ainsi, le développement de transporteurs sanitaires dans ces territoires pourrait être une solution pour desservir le public à mobilité réduite.

2- Une présence insuffisante des services sociaux

Il n'existe pas de guichet dévolu à la perte d'autonomie, ainsi il faut se rapprocher des services et entités qui accompagnent les personnes en difficulté tels que la DSFE, la CPS ou la mairie. Si chaque commune compte une mairie dans l'ensemble de la Polynésie française, les agents en charge de la réception du public ne maîtrisent pas toujours les dispositifs proposés par la DSFE ou la CPS.

A contrario, la DSFE et la CPS n'assurent pas de présence constante sur l'ensemble du *Fenua*. Parfois les habitants des îles les plus isolées doivent attendre la tournée administrative pour faire part de leurs difficultés, ou bien profiter d'un passage à Tahiti pour rencontrer l'ensemble des services, ce qui conduit à des « marathons administratifs » pour ces personnes.

Si la DSFE assure une présence sur l'ensemble de l'île de Tahiti, ses dispositifs sont moins accessibles aux populations des îles où le manque d'agents et les difficultés de communications compliquent l'accès aux aides.

Le manque de travailleurs sociaux est connu de tous depuis des années. Cette situation a déjà été mise en exergue par un audit de la DMRA en 2017. L'audition des représentants de la DSFE a rappelé ce manque de personnel qui s'étend à l'ensemble du territoire polynésien.

Il est rappelé que la charge moyenne d'un travailleur social est d'assurer le suivi de 28 à 35 situations. À la DSFE, ce nombre excède 100 situations. Dès lors, on ne peut jeter l'opprobre sur ces agents qui œuvrent au quotidien en faveur des familles, parfois au détriment de la leur.

Si l'on prend l'exemple des îles Australes, une seule assistante sociale est en charge de l'ensemble de l'archipel. La subdivisionnaire de la santé a indiqué que le traitement des demandes au niveau de la DSFE pose problème en raison du fait que l'agent est seule. Lorsqu'elle se déplace à Rurutu et Tubuai, elle se situe à 20 mètres des locaux de la santé, ce qui facilite les échanges professionnels. Ainsi, un manque de coordination et d'échange est observé lorsque les locaux des différents agents sociaux et médicaux ne sont pas à proximité.

Le même constat est dressé à Rangiroa, où la population souffre également de l'absence de service social, malgré l'augmentation de sa population.

Les représentants de la DSFE ont par ailleurs rappelé que l'adjonction de missions à la DSFE n'a pas toujours été accompagnée d'une augmentation de moyens afin de mettre en œuvre ces nouvelles missions. Par exemple, lors de la mise en place du dispositif d'aidant fét*i*, ou encore de la gratuité des transports des personnes en situation de handicap, la DSFE a dû faire face à ces nouvelles missions sans personnel supplémentaire. En 2019, le transfert de l'instruction des aides sociales à la DSFE n'a pas non plus entraîné d'augmentation du personnel. Cette situation entraîne une polyvalence extrême, avec un très fort taux de turn-over et de burn-out menant à une grève de la DSFE en 2020.

Aux Marquises, les visites effectuées au domicile de personnes âgées en perte d'autonomie ont révélé que beaucoup n'ont jamais rencontré de travailleur social. En effet, lors de son audition, le maire de Ua Huka a rappelé que la DSFE n'est présente qu'à Nuku Hiva et

que, de ce fait, la commune devait se substituer au service social afin d'assurer un service minimum auprès de sa population.

Toutefois, ce substitut ne garantit pas l'accès aux aides qui nécessite une maîtrise de l'ensemble des dispositifs en vigueur par les entités concernées telles que la DSFE, la CPS, la COTOREP ou l'OPH.

b- Un manque de professionnels du secteur privé

À cette carence de l'administration s'ajoute un manque de professionnels libéraux, notamment s'agissant des professionnels de santé et des personnels médico-sociaux disposant d'une formation idoine.

1- Un manque de professionnels de santé libéraux

En Polynésie française, la médecine libérale est fortement concentrée dans les Îles-du-Vent. L'installation des médecins, kinésithérapeutes et infirmiers sur la Polynésie française est organisée selon un dispositif de régulation des conventionnements qui résulte des dispositions des délibérations n° 98-164 du 15 octobre 1998 concernant les médecins libéraux, n° 99-85 du 20 mai 1999 concernant les kinésithérapeutes, n° 99-86 du 20 mai 1999 concernant les infirmiers libéraux, et n° 99-87 APF du 20 mai 1999 concernant les chirurgiens-dentistes.

Ce dispositif est fondé sur une répartition des professionnels de santé du secteur privé entre cinq zones géographiques distinctes⁴, à l'intérieur desquelles sont identifiés les lieux d'installation correspondants :

1) Zones géographiques :

- zone 1 : nord Tahiti (de Mahina à Papeete et de Papeete à Punaauia) ;
- zone 2 : sud Tahiti (de Papenoo à Taravao et de Taravao à Paea) ;
- zone 3 : Moorea, à l'exclusion de Maiao ;
- zone 4 : Îles Sous-le-Vent, à l'exclusion de Maupiti ;
- zone 5 : Maiao, Maupiti, Tuamotu-Gambier, Marquises et Australes.

2) Lieux d'installation identifiés à l'intérieur des zones géographiques :

- pour la zone 1 : Papeete, Faa'a, Punaauia, Pirae, Arue, Mahina ;
- pour la zone 2 : Paea, Papara, Teva I Uta, Taiarapu-Ouest, Taiarapu-Est, Hitia'a O Te Ra ;
- pour la zone 3 : Afareaitu-Teavaro (Moorea), Paopao, Papetoai (Moorea), Haapiti (Moorea) ;
- pour la zone 4 : Taputapuatea (Raiatea), Tumaraa (Raiatea), Uturoa (Raiatea), Bora Bora, Tahaa, Huahine ;
- pour la zone 5 : Maiao, Maupiti, Tuamotu-Gambier, Marquises et Australes.

Outre les conventionnements accordés aux médecins généralistes, aux médecins spécialistes, aux masseurs-kinésithérapeutes, aux infirmiers et aux chirurgiens-dentistes dans les zones 1, 2, 3, 4 et 5, les conventionnements fixés par profession de santé conventionnée et par zone, se répartissent ainsi qu'il suit, étant précisé que chaque autorisation de conventionnement est exclusivement accordée pour la zone d'exercice de la profession :

⁴ Cf. Arrêté n° 1804 CM du 27 décembre 2000 fixant le nombre et les modalités d'examen des conventionnements pouvant être conclus, par zones géographiques, entre les professionnels de santé du secteur privé et la Caisse de prévoyance sociale

- médecins généralistes : liberté de conventionnement dans la zone 5 ;
- médecins spécialistes : un conventionnement par qualification reconnue par le Conseil national de l'ordre des médecins, dans les zones 2, 3, 4 et 5 ;
- masseurs-kinésithérapeutes : liberté de conventionnement dans la zone 5 ;
- infirmiers : liberté de conventionnement dans la zone 5 ;
- chirurgiens-dentistes : liberté de conventionnement dans la zone 5.

Afin d'améliorer la réponse aux besoins de santé de la population et l'accès aux soins sur tout le territoire de la Polynésie française, des autorisations de conventionnements complémentaires peuvent être accordées dans la limite de quotas annuels de régulation définis par zone et par profession conventionnée. Ces textes posent le cadre des quotas qui peut être adapté selon les besoins des îles. Toutefois, certains territoires sont moins attractifs que d'autres et les professionnels de santé peuvent être moins enclins à accepter d'y exercer, en raison du coût de la vie, du logement, de l'accès aux services ou bien de l'insuffisance de patientèle.

Ainsi depuis plusieurs années, il est déploré un manque de professionnels de santé libéraux. En effet, en 2021, le diagnostic territorial effectué par l'ISPF indiquait que *« l'île de Tahiti est bien pourvue en offre de santé de premier recours avec une présence de médecins généralistes et chirurgiens-dentistes comparable à celle de la Métropole. Les spécialistes libéraux sont plus rares tout comme les généralistes et dentistes dans les archipels et îles polynésiennes. Dans ces archipels et îles éloignées, le plus souvent des infirmiers sans médecin représentent la santé publique et les transferts sanitaires sont monnaie courante pour ces populations, soit vers leur centre administratif, soit vers Tahiti »*.

À ce jour, la CPS dénombre 157 infirmiers libéraux pour l'ensemble de la Polynésie, la très grande majorité de ces professionnels exerçant à Tahiti.

À Ua Pou, lors des tables rondes organisées avec des aidants et des *matahiapo* en perte d'autonomie, il a été indiqué que les infirmiers se déplacent peu à domicile, notamment dans les vallées.

À Ua Huka, les *matahiapo* rencontrés ont indiqué qu'en l'absence de médecin, ils se rendaient à Nuku Hiva en cas de nécessité.

À Tubuai, l'île ne compte aucun médecin privé mais 6 infirmiers libéraux et 2 kinésithérapeutes.

À Rangiroa, ont également été évoquées les problématiques liées à l'offre de soins, au transport des patients et à l'approvisionnement en médicaments sur une partie de l'atoll.

2- Un manque de professionnels médico-sociaux formés

Lors des tables rondes effectuées à Ua Pou, une personne a indiqué bénéficier du dispositif aidant feti'i et a été formée sur place l'année dernière par une assistante sociale de la CPS pendant une semaine. Selon elle, 9 personnes auraient bénéficié de cette formation. Certaines personnes présentes considèrent qu'une formation par an suffit. D'autres pensent qu'elle devrait être semestrielle.

Lors des visites effectuées au domicile des *matahiapo* en perte d'autonomie à Ua Pou, il a été indiqué qu'une infirmière libérale vient chaque jour du lundi au samedi, toujours à la

même heure. Pendant le week-end, et en cas de nécessité, l'aidant prend le relais, notamment s'agissant du bain, sans formation à cet effet. Il n'y a pas d'auxiliaire de vie pour prendre le relais, ce qui dénote la solidarité dont font preuve les acteurs sanitaires en fournissant des prestations hors cadre. La formation de personnels prenant en charge la dépendance est encore balbutiante sur le territoire, malgré la mise en place de filières telles que le baccalauréat technologique « science et technologie de la santé et du social (ST2S) » et le baccalauréat professionnel « accompagnement soins et services à la personne » (ASSP). Des formations professionnalisantes ont également été mises en place telles que , la formation aide à la personne (AAP) (proposée par le Régiment du service militaire adapté (RSMA) pour les plus jeunes, ainsi que la formation assistant de vie aux familles (ADVFA) () dispensée par le centre de formation professionnelle des adultes (CFPA).

Le nombre de personnes ainsi formées demeure insuffisant etc'est le même constat dans les centres visités, qui comprennent à la fois des personnels formés et d'autres qui ont été « *formés sur le tas* ».

Lors de leur audition, les représentants de l'ARASS ont évoqué le manque de formation des gérants des structures de type unité de vie, estimant à 50 % le nombre de gérants formés.

En outre, depuis la crise de la covid, il n'y a pas eu de formation d'accueillant familial mais des agréments ont tout de même été délivrés, compte tenu du manque d'accueillants familiaux. Les besoins sont tels que les agréments sont délivrés avant évaluation des compétences et que des contrôles à posteriori sont nécessaires pour s'assurer de la bonne dispense des soins et des accompagnements.

L'ARASS a ainsi indiqué que ladite formation a été relancée cette année et qu'à côté de cela, il est nécessaire de former les personnels qui interviennent à domicile.

Ainsi, malgré la réouverture de l'école d'infirmiers cette année, il reste nécessaire de développer les formations avec le CFPA.

L'état des lieux effectué par l'ARASS auprès de 26 structures, a fortement mis en exergue l'impérieuse nécessité de former les personnels.

Les membres de la mission d'information ont été ainsi sensibilisés à la nécessité de construire une filière professionnelle efficace reposant sur les différents acteurs de la formation présents sur le territoire.

B-Des critères de prise en charge à adapter et harmoniser

Force est de constater que certaines pathologies sont plus ardues à prendre en charge. S'ajoute à cette difficulté une disparité de prise en charge résultant de la pluralité de régimes de protection sociale. En effet, les personnes n'ayant pas les ressources pour financer les achats de médicaments ou de consommables liés à la perte d'autonomie, le paiement d'une tierce personne pour les accompagner ou l'aménagement de leur foyer suite au développement du handicap, doivent remplir une demande d'aide sociale. Si depuis 2019 les aides sociales sont gérés par la DSFE , les aides sanitaires elles sont gérés par le guichet de la CPS. Il convient

donc d'abord d'identifier la nature de l'aide recherchée par l'utilisateur. A cela s'ajoute un budget et des aides sociales différentes selon le régime du ressortissant.

Les aides peuvent ainsi varier d'une situation de détresse à une autre, le problème peut être le même mais les aides accessibles et le niveau d'accompagnement varient selon le régime de l'individu.

Fonds d'action sociale et sanitaire	Budget 2022
FASS régime des salariés	1,772 milliard F CFP
FASS régime des retraités du RGS	222 millions F CFP
FASS régime des non-salariés	220 millions F CFP
FASS régime de solidarité	2,341 milliards F CFP

source : budget FASS 2022

a- La difficile prise en charge de certaines pathologies

La déficience mentale, tout comme l'impossibilité de se mouvoir, présente des difficultés de prise en charge car ces problématiques ne bénéficient pas d'une politique de prise en charge claire.

1- La déficience mentale

Tout au long de la mission, les membres ont pu constater que la problématique des troubles mentaux, tels que les différents types de démence (Alzheimer⁵, démence sénile, ou alcoolique), se retrouve principalement dans la zone urbaine. Dans les îles, de rares cas de troubles mentaux ont été relevés, mais ceux-ci trouvent leur origine dans un événement traumatique tel que la perte d'un enfant.

L'OMS rappelle « *qu'il est possible de réduire le risque de déclin cognitif et de démence, en ayant une activité physique, en ne fumant pas, en évitant l'usage nocif de l'alcool, en contrôlant son poids, en consommant des aliments sains et en maintenant une tension artérielle, une glycémie et un taux de cholestérol adéquats. Les autres facteurs de risque comprennent la dépression, l'isolement social, le faible niveau de scolarité, l'inactivité cognitive et la pollution de l'air* ».

La déficience mentale mène très souvent à l'arrêt d'activités, ce qui entraîne le phénomène de glissement, qui a été évoqué à de nombreuses reprises au cours des travaux de la présente mission d'information. Ce syndrome a été décrit dès 1956 par Jean Carrié dans sa thèse d'exercice mondial « Étude sur les modes de décès du vieillard à l'hospice » et présenté comme « *un processus d'involution et de sénescence⁶ porté à son état le plus complet* ».

⁵ Selon l'OMS, au niveau mondial, 60 à 70 % des cas de démence concerne l'alzheimer

⁶ Selon l'académie de médecine, la sénescence désigne « *les modifications psychophysiologiques touchant, dans le sens d'un déclin, la dernière période de l'existence* ».

L'OMS a adopté en 2017 le plan mondial d'action de santé publique contre la démence 2017-2025⁷. Ce plan détaillé est structuré autour de 7 domaines d'action :

- 1) La reconnaissance de la démence comme une « priorité de santé publique » ;
- 2) La sensibilisation à la démence ;
- 3) La réduction des risques de démence ;
- 4) Le diagnostic, le traitement et les soins ;
- 5) Le soutien aux aidants ;
- 6) Les systèmes d'information sur la démence ;
- 7) La recherche et l'innovation.

Le suivi de la mise en œuvre de ce plan est assuré par l'Observatoire mondial de la démence (*Global Dementia Observatory, GDO*), portail de données regroupant 35 indicateurs clés dans les 7 domaines d'action précités. Cet observatoire comprend également une plateforme d'échange des connaissances, qui permet de recenser et partager les bonnes pratiques afin de « *favoriser l'apprentissage mutuel et les échanges mutidirectionnels entre les régions, les pays et les individus pour faciliter l'action à l'échelle mondiale* ».

Dans le cadre des travaux de la présente mission d'information, les représentants de l'association Polynésie Alzheimer ont témoigné des difficultés à recenser le nombre de personnes atteintes de cette maladie en Polynésie.

2- La perte d'autonomie physique entraînant l'impossibilité de se mouvoir

La perte d'autonomie physique, qu'elle mène à des déplacements en fauteuil roulant ou à un alitement, nécessite le plus souvent une présence continue d'un aidant, afin de satisfaire aux besoins primaires de la personne en perte d'autonomie. En outre, l'aidant doit être formé aux gestes et postures, ce qui est très rarement le cas. Ce défaut de formation peut mener à des accidents, notamment des chutes.

De plus, en dehors des centres d'accueil, la présence de professionnels, de type infirmiers ou auxiliaires, n'est que ponctuelle et, le reste du temps, c'est la famille qui doit prendre le relais dans cette prise en charge.

Comme les troubles mentaux tels que l'Alzheimer, la perte d'autonomie physique est difficile à surmonter pour la personne qui la subit, mais également pour l'entourage qui doit assister la personne âgée, souvent un ascendant. L'absence de formation est de nature à isoler les aidants dans ces situations où il est nécessaire d'avoir été formé à la bonne approche et aux bonnes pratiques. Sans quoi cela mène à la dégradation des rapports entre l'aidant et l'aidé ce qui expose ce dernier à des situations de maltraitances.

Lors des missions effectuées dans les îles, les membres de la mission d'information ont pu constater la détresse de personnes à mobilité réduite, certaines se considérant comme un fardeau pour la famille.

Certains aidants ont émis de grandes difficultés à satisfaire les besoins primaires de la personne dont ils assurent la garde, notamment s'agissant de l'hygiène et de l'assistance à la prise de repas.

⁷ Ce plan est disponible sur le site de l'OMS en langue anglaise (*global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*)

En outre, la perte d'autonomie physique réduit considérablement les possibilités de divertissement, en raison des difficultés de transport. Cette problématique a été soulevée à plusieurs reprises lors des visites à domicile des *matahiapo*, notamment à Ua Huka et Ua Pou, certaines familles déplorant le fait que la personne aidée ne puisse sortir de son domicile en raison d'un manque d'accessibilité de la maison ou en l'absence de transport adapté, ou encore en l'absence d'un aidant ou d'un membre de la famille disposant de la capacité de porter la personne en perte d'autonomie.

Cette perte d'autonomie, lorsqu'elle n'est que physique, est très difficile à vivre pour les personnes atteintes. La plupart des *matahiapo* concernés par cette déficience ont témoigné d'un mal-être, d'une forme de frustration de devoir subir cet état. La formation des aidants doit être assurée afin de pouvoir accompagner avec sécurité et dignité ces personnes et de mieux sensibiliser les aidés sur leur situation et la nécessité d'être aidé pour pallier ces difficultés.

Cette diminution des capacités physiques entraîne une oisiveté, que beaucoup n'ont pas connue avant la maladie, avec des activités quotidiennes axées sur l'alimentation (*pêche, chasse, fa'a'apu*). Cette oisiveté subie entraîne le phénomène de glissement mentionné *supra*, beaucoup évoqué lors des auditions menées.

b- Une disparité de prise en charge résultant de la pluralité de régimes de protection sociale

La pluralité de régimes de protection sociale mène à une pluralité d'interlocuteurs pour l'utilisateur, qui ne sait pas toujours vers qui se tourner. Cela mène à des aberrations signalées au cours des auditions, avec par exemple des prestations inégales pour des revenus identiques.

1- La pluralité d'interlocuteurs : une source de confusion pour l'utilisateur du service public

La prise en charge des *matahiapo* souffre d'un manque de coordination des nombreux interlocuteurs des personnes aidantes et aidées.

Du côté des aidants, l'ARASS est en charge de la délivrance des agréments permettant l'ouverture de structures médicosociales. Toutefois, s'agissant du dispositif aidant *feti'i*, c'est vers la DSFE que l'aidant doit se tourner. Il existe trois formes d'aidant pris en charge par les FASS, les tierces personnes, les aidants *feti'i* et la garde par un proche. Si la nature de l'aide est sociale c'est la DSFE qui ordonnance la dépense, si la nature est d'ordre sanitaire c'est la CPS qui l'ordonnance. Il demeure difficile de définir si une perte d'autonomie est du ressort d'une action sociale ou sanitaire. Si l'isolement et la dépendance sont des phénomènes sociaux, le handicap est de nature médicale.

La confusion demeure concernant la formation, assurée par l'éducation nationale, le RSMA, le SEFI, le CFPA et la DSFE.

Dans les îles éloignées, où l'administration est très peu présente, la commune se substitue au Pays face à l'urgence de certaines situations, au risque d'engager la responsabilité du maire. Via des conventions, elle tente d'exercer la mission de guichet unique pour l'utilisateur.

En effet, la CPS est présente dans tous les archipels mais pas dans toutes les îles et communes.

De ce fait, la commune fait office de relais, en établissant chaque année le certificat de vie des personnes retraitées, lequel doit être transmis à la CPS.

En outre, selon les représentants de la CPS, « *le raisonnement par régime complexifie la prise en charge globale de la personne âgée* » car le fonctionnement est conditionné par les règles administratives de chaque fonds d'action sociale et sanitaire. C'est pourquoi le principe d'une branche dépendance, au sein de la PSG, a été acté. Le principe d'une branche serait de permettre l'accès à un droit commun pour tous les ressortissants des différents régimes, comme l'assurance vieillesse, l'assurance maladie ou les prestations familiales.

À l'heure actuelle, le handicap est assuré par les trois régimes par l'intermédiaire des FASS et la prise en charge des actes médicaux. Pour autant, l'utilisateur ne sait pas d'emblée à qui s'adresser pour une demande d'aide entre la mairie, la CPS ou la DSFE.

Les missions menées notamment dans les archipels ont permis de rencontrer des familles éloignées de la culture administrative et par conséquent privées d'aides.

Par exemple à Rangiroa, il s'est avéré que le dispositif aidant feti'i était très peu connu. C'est le même constat qui est dressé à Tubuai, où une jeune femme qui a quitté ses études pour s'occuper bénévolement de sa grand-mère, nous affirme ne pas connaître ce dispositif, mais que selon sa conception de la vie, « *ce qui est important, ce n'est pas l'argent* ». Une partie de la population se consacre à l'accompagnement des membres de leurs familles mais ne bénéficie pas de l'accompagnement par méconnaissance des dispositifs et par manque de communication ou de présence des services.

Au-delà de la méconnaissance de ces dispositifs, il a été signalé, notamment aux Marquises et à Tubuai, que des demandes d'aidants feti'i n'ont pas reçu de réponse, favorable ou défavorable, et que ceux qui ont reçu un avis défavorable sont majoritairement découragés.

Lors de leur audition, les représentants de la CPS ont évoqué le « parcours client » : il s'agit de dossiers d'aide constitués sur place ou par mail, comme cela se fait le plus souvent dans les îles. L'expression a surpris les membres de la mission d'information qui ont découvert ainsi la culture commerciale de la CPS vis à vis des ressortissants. Si un client vient demander un service contre rétribution, l'utilisateur d'une demande d'aide sociale est quant à lui souvent en difficulté financière et vient s'informer des dispositifs qui permettront de l'accompagner.

A cela s'ajoutent les difficultés de connexion internet qui compliquent la constitution de tels dossiers. La secrétaire générale de la circonscription des îles Australes (*ancienne Tavana Hau des îles Australes*)* lors de son audition a indiqué que dans certaines îles, cela pouvait mener à l'impossibilité de finaliser la création d'un dossier. La politique du tout numérique pointe ainsi ses limites.

* Sur décision des rapporteurs, les mots : « *secrétaire générale de la circonscription des îles Australes (ancienne Tavana Hau des îles Australes)* » se substituent aux mots : « *Tavana Hau des îles Australes* » figurant dans le rapport enregistré le 10 janvier 2025.

L'ARASS préconise de créer un Guichet unique : type « Centre de ressources » pour personnes âgées, par exemple au sein des communes. Le dispositif de Fare Ora, s'il est développé de manière optimale, pourrait être une solution. Ce projet vise à mettre en place des agents ayant connaissance de l'ensemble des dispositifs existants pour mieux accompagner les demandeurs. Toutefois cela n'apporte pas de solutions quant à l'harmonisation des dispositifs en vigueur.

Lors de son audition, Madame la vice-présidente, ministre en charge des solidarités et des personnes non autonomes, a rappelé qu'elle disposait d'une faible marge de manœuvre, mais qu'elle était « *très favorable* » à une harmonisation des dispositifs d'aide.

2- Des aides sociales différentes selon les régimes

La DSFE ne peut apporter d'aide sociale aux salariés retraités car, le fonds social de retraite (FSR) n'est pas géré par ce service, mais par la CPS. De ce fait, les ressortissants de ce régime doivent s'adresser à cette dernière pour une éventuelle aide sociale⁸.

Or, comme l'ont confirmé les auditions des représentants de ces organismes, en l'absence de définition légale de la vulnérabilité plus précise que celle du code pénal, le barème (ou « *curseur* ») de la DSFE et celui de la CPS divergent.

Cela crée un sentiment d'injustice chez ces ressortissants, qui a été signalé à plusieurs reprises par les personnes âgées auditionnées mais également confirmé par la ministre en charge des solidarités, qui a dressé le même constat lors de la prise en charge de personnes sinistrées, parmi lesquelles des personnes âgées relevant du RSPF et d'autres du régime des retraités. Certaines personnes âgées auditionnées ont témoigné qu'en touchant une pension de réversion inférieure à 10 000 F CFP, elles échappaient à tous les dispositifs d'aide et notamment le dispositif d'aidant fcti'i.

Si les représentants de la CPS, lors de leur audition, ont affirmé qu'il y avait une harmonisation à mettre en œuvre au niveau des montants de la DSFE et ceux de la CPS, ils ont également confirmé que la moyenne économique journalière (MEJ) de la CPS et celle de la DSFE sont du même montant : 1 840 F CFP, tenant compte des charges et ressources des personnes du foyer. Si la délibération concernant le FASS RGS mentionne bien une moyenne économique, la délibération concernant le FASS RSPF ne fait pas référence à une moyenne économique journalière car le FASS du RGS accompagne les salariés dont les revenus sont inférieurs à la MEJ précitée, alors que le FASS RSPF s'adresse aux personnes seules ayant des revenus mensuels inférieurs à 87 346 F CFP et aux couples et familles aux revenus mensuels inférieurs à 97 346 F CFP. .

Le montant de la MEJ, inchangé depuis 2011, sera revu à la hausse pour 2025, en tenant compte du taux d'inflation fixé à 15 %, ce qui signifie qu'à compter du 1^{er} janvier 2025, la MEJ sera à 2 116 F CFP. Il en va de même s'agissant de la charge forfaitaire qui est à 100 000 F CFP et qui sera donc portée à 115 000 F CFP.

Ces disparités de prise en charge résultent de la pluralité des régimes, qui entraîne une réglementation propre à chaque régime et par conséquent aux aides sociales et sanitaires auxquelles les familles peuvent prétendre.

Les prestations familiales quant à elles sont desservies par une branche spécifique financée par les cotisations et la fiscalité du Pays assurant ainsi ces prestations légales aux

⁸ La seule intervention de la DSFE concernant les ressortissants du régime des salariés retraités réside dans la commission des secours, l'outil utilisé pour les personnes qui n'ont pas de protection sociale ou sont affiliées à un régime dépourvu de fonds d'action sociale. Or les aides octroyées par la commission des secours sont octroyées à titre exceptionnel. Elles sont généralement sollicitées pour les frais funéraires, notamment dans le cadre de rapatriements.

ressortissants des régimes. Néanmoins, il n'y a pas de branche dépendance garantissant des prestations à l'ensemble des ressortissants, mais uniquement des aides sociales sous conditions de ressources avec des disponibilités différentes selon les régimes.

Ainsi, les prestations familiales des ressortissants du RGS sont régies par l'arrêté n° 1335 IT du 28 septembre 1956 modifié portant institution d'un régime de prestations familiales au profit des travailleurs salariés de la Polynésie française. Les ressortissants du RSPF bénéficient quant à eux des prestations prévues par la délibération n° 94-146 AT du 8 décembre 1994 modifiée instituant les prestations familiales pour le régime de solidarité de la Polynésie française. Enfin, les ressortissants du RNS bénéficient des prestations prévues par la délibération n° 94-172 AT du 29 décembre 1994 modifiée instituant les prestations familiales pour le régime des non-salariés.

II- Les modalités de prise en charge des *matahiapo* : la nécessité d'aider les familles

Le maintien à domicile reste favorisé par les pouvoirs publics et les familles. Les centres d'hébergement représentent en effet le dernier recours des familles, lorsque la prise en charge n'est plus possible. On observe notamment que les budgets liés aux placements des personnes âgées en lieu de vie spécialisé sont en augmentation à travers les différents FASS alors qu'auparavant, c'était le budget pour les aidants qui bénéficiait de plus de moyens.

A-Le maintien à domicile : un mode de prise en charge demeurant privilégié par les familles polynésiennes

Dans sa proposition de programme du fonds social de retraite (FSR) pour l'exercice 2024, la CPS rappelle que l'accompagnement proposé aux personnes âgées s'inscrit « *en priorité dans le cadre d'une politique de maintien à domicile et du vieillissement de notre population dans un contexte économique difficile d'où émergent de nouvelles préoccupations* ». C'est une prise de conscience louable, car cela n'apparaissait pas dans le budget du FSR pour 2023 pour lequel l'enveloppe dédiée aux placements était supérieure de 15% aux disponibilités liées aux dispositifs de tierces personnes, soit respectivement 75 millions F CFP et 65 millions F CFP.

Au 31 mai 2023, on pouvait ainsi observer que 70 personnes ont pu être placées pour une dépense supérieure à 75 millions F CFP et qu'il y a eu 88 bénéficiaires des dispositifs de tierce-personne pour un montant supérieur à 71 millions F CFP. Il est difficile à travers ces chiffres d'évaluer la qualité des aides fournies.

Or, l'idéal de maintien à domicile s'avère difficile à mettre en œuvre, eu égard aux disponibilités financières mais aussi s'agissant de la nécessité de disposer d'une présence continue. Des dispositifs ont été mis en place mais le bilan reste flou.

a- Un maintien à domicile difficile à mettre en œuvre

Le maintien à domicile, bien que privilégié par les familles et les pouvoirs publics, reste un véritable « *parcours du combattant* » pour les familles. L'aménagement du domicile de la personne âgée demeure bien souvent à la charge des familles malgré des dispositifs d'aide.

L'assistance supposant la présence permanente d'un aidant, représente une charge financière, énergétique et émotionnelle pour l'aidant, tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'un membre de la famille proche. C'est du temps consacré à la prise en charge d'un membre de la famille, assurée sans formation ni indemnité en l'absence d'accès aux dispositifs existants. Il serait nécessaire de faire une campagne de sensibilisation sur les aides accessibles à chaque personne et clarifier le service auquel s'adresser.

1- Des aménagements onéreux parfois non pris en charge

De manière générale, on constate une méconnaissance des dispositifs d'aide, et cela se confirme s'agissant de l'aide à l'aménagement des conditions d'habitat, susceptible d'être sollicitée dans le cadre d'un maintien à domicile.

Cette aide qui est proposée par la DSFE est attribuée, après enquête sociale, aux personnes en situation d'absence ou d'insuffisance de revenus, notamment dans le cadre de l'aménagement du domicile d'une personne en perte d'autonomie.

La DSFE indique que ce dispositif a très peu été utilisé, avec seulement 2 demandes pour l'année 2023 et aucune demande pour l'année 2024, en raison du fait que ce dispositif très contraignant impose à l'entrepreneur de payer en avance les frais des travaux, avant de se faire rembourser dans un second temps. Les conditions d'accès ne permettent pas de rendre le dispositif accessible, pire encore, une partie de l'enveloppe n'est pas consommée et la population n'obtient pas d'aide.

Les représentants de la DSFE justifient cela par des règles de comptabilité publique qui imposent un paiement au service rendu, ce qui nécessite d'avancer les frais. Cependant, même s'il s'agit de petits aménagements ne représentant pas un coût important, ce dispositif ne favorise pas les petits entrepreneurs qui ne disposent pas de trésorerie suffisante pour pouvoir financer l'intégralité des travaux.

La délibération n°4-2022/CA.RSPF présente le budget du Fonds d'action sociale du RSPF pour 2023. Celui-ci avait pour budget en aide sociale pour l'aménagement 2 000 000 F CFP, là où l'équipement en électroménager était de 38 000 000 F CFP. Ce budget 2023 a été reconduit selon les besoins couverts en 2022, d'autant plus que les inondations de 2023 notamment à Teahupoo ont nécessité des aides aux sinistrés.

Le dispositif concernant l'aménagement de l'habitat est limité en termes de budget et semble être peu accessible aux demandeurs au vu de l'atterrissage des dépenses, car la ligne budgétaire n'est pas consommée dans son intégralité.

Concernant les personnes relevant du régime des salariés retraitées, la CPS propose des aides à l'amélioration de l'habitat, dont le montant de l'enveloppe prévue au budget 2024 s'élève à 5 000 000 F CFP, imputable au FSR.

Or, on constate à travers l'observation de l'arrêté n° 2151 CM du 30 novembre 2023 traitant du budget du FSR en 2023, qu'un seul retraité a pu obtenir une aide à l'aménagement

de 471 089 F CFP sur un budget total de 1 350 000 F CFP au 31/05/23. Ainsi cette ligne budgétaire était consommée à 34% à la moitié de l'année, pour servir une personne. Eu égard des auditions, il apparaît aux membres de la commission que cette aide est difficilement accessible et ne dispose pas du budget suffisant pour faire face à la demande réelle.

Enfin, l'OPH propose une aide à l'amélioration de l'habitat individuel (AAHI) dont le montant maximum de 800 000 F CFP est porté à 2 000 000 F CFP en cas d'adaptation du logement suite à une perte d'autonomie liée au vieillissement ou au handicap.

En 2022, il y a eu 425 bénéficiaires de l'AAHI pour une durée d'attente moyenne de 27 mois avec un budget à l'année de plus de 360 millions F CFP.

Toutefois, malgré l'existence de tels dispositifs d'aide, force a été de constater, lors des visites effectuées au domicile de personnes âgées en perte d'autonomie, que parmi ces dernières, beaucoup vivaient dans des conditions de vie précaires.

Plusieurs d'entre elles ont formulé le souhait de bénéficier d'une aide pour rénover leur logement parfois vétuste, ou faire des aménagements indispensables tels que des rampes d'accès. Beaucoup ont recours à des aménagements faits « *avec les moyens du bord* ». Ainsi, plusieurs personnes à mobilité réduite font leur maximum pour aménager leur habitat avec le soutien de leurs proches. Parfois, cela se limite à l'apport d'un contre-plaqué pour accéder à la salle de bain.

Dans les *fare* OPH, qui représentent la majorité des foyers visités dans les îles, des personnes en perte d'autonomie déplorent l'impossibilité de sortir de leur maison en raison du fait que celle-ci est construite sur pilotis et dépourvue de rampe d'accès. Des aménagements sont ainsi nécessaires.

Dans le cas de notre mission d'information, les personnes âgées qui perdent ou ont perdu leur autonomie se dirigent vers l'OPH pour une demande d'AAHI afin d'obtenir les matériaux pour l'aménagement. La durée d'attente est supérieure à 20 mois ces dernières années car les demandes augmentent.

La multiplicité des dispositifs participe à perdre l'utilisateur. Les dispositifs sont différents avec des démarches différentes. Si la majeure partie des aides à l'habitat est assurée par l'OPH, les autres dispositifs liés aux FASS sont moins utilisés ou moins accessibles. Les aides du FASS sont liées à des situations sanitaires et sociales précaires qui nécessitent des réponses rapides. L'OPH dispose en outre d'un dispositif d'urgence qui concerne principalement les victimes de calamités naturelles.

Les personnes âgées en perte d'autonomie ont des difficultés à faire les démarches et cela s'accroît selon leurs isollements. La mission d'information préconise de transférer une partie du budget des aides dites AAHI liées à des situations sanitaires vers les FASS. Ceci permettrait d'isoler les demandes d'aménagement liées à la santé pour les traiter dans des délais d'urgence sans surcharger l'OPH.

2- Le besoin d'une présence continue difficile à satisfaire

Malgré les dispositifs d'aidant fcti'i et de tierce personne qui feront l'objet de développements infra, la prise en charge des personnes âgées suppose une présence régulière voire continue (24/24h). Or, ces dispositifs n'incluent pas une telle présence.

Les visites effectuées à domicile dans le cadre des missions, notamment aux Marquises, ont révélé que certains aidants ont quitté leur profession pour assurer la garde continue de leur ascendant dans le besoin. Or, l'aidant est bien souvent oublié. Pourtant, les personnes exerçant des métiers qui touchent à l'humain sont tout particulièrement sujets à des troubles tels que la dépression, et la difficulté est exacerbée lorsque la personne bénéficiaire de l'aide est un membre de la famille, l'émotionnel prenant parfois le dessus.

En France, 60 % des aidants sont exposés à un risque de surmortalité dans les trois ans suivant le début de la maladie de la personne aidée. Un aidant sur trois meurt avant la personne aidée et son espérance de vie est diminuée de 15 ans. 40 % de ceux qui ressentent une charge lourde se sentent dépressifs.

S'ajoutent à ces difficultés une pression sociale, des jugements dus à une méconnaissance de ce que représente cette responsabilité.

L'image de la « *capa* », qualifiée de « *mouroir* » à plusieurs reprises au cours des auditions, a profondément marqué la société polynésienne d'aujourd'hui, qui estime qu'un tel acte d'abandon et d'ingratitude que celui que représente le placement, n'est pas acceptable pour un Polynésien. C'est pourquoi la direction du Fare Matahiapo met tout en œuvre pour redorer l'image de l'établissement et rompre avec ces conceptions dépassées.

S'il semble naturel pour la plupart des enfants de prendre soin de leur parent dans le besoin, cette situation se complique lorsqu'elle se pérennise. En effet, les difficultés inhérentes à la garde de personnes âgées en perte d'autonomie font qu'après une durée variable selon les seuils de tolérance et la lourdeur de la prise en charge, des complications surviennent (*exaspération, fatigue, incompréhension, sentiment d'injustice, etc.*), à tel point que l'on parle désormais de « burn-out de l'aidant », ce qui a mené à de graves maltraitances signalées notamment dans l'étude « *Les violences familiales en Polynésie française : entrer, vivre et sortir de la violence* » de M. Loïs BASTIDE, qui rappelle qu'il est « *indispensable de soulever la question de la dépendance qui constitue un facteur de vulnérabilité majeur* ».

Suite à cette étude, un axe de recherche a été développé entre la Maison des sciences de l'homme du Pacifique (MSHP) et la DSFE, portant sur les violences familiales sur les personnes âgées dépendantes et sur les personnes handicapées, menant au rapport d'enquête scientifique publié en 2023, intitulé « *Sociologie des violences domestiques – les violences envers les personnes âgées et handicapées gardées à domicile en Polynésie française* »⁹.

Ainsi, les chiffres de signalements effectués auprès de la DSFE sont inquiétants : 47 signalements de violences sur personne âgée en 2019 (21 femmes et 26 hommes), 89 en 2020¹⁰ (53 femmes et 36 hommes).

⁹ Ces rapports s'inscrivent dans le programme scientifique « *Saisir le changement social en Polynésie française : institutions, populations, territoires* » mené par la MSHP

¹⁰ Les chiffres ont explosé en 2020 en raison du confinement et la promiscuité ainsi subie, selon les travailleurs sociaux

Le rapport précité rappelle que les professionnels de santé « *reconnaissent les limites d'une prise en charge de la vieillesse et du handicap s'appuyant exclusivement sur la famille, surtout lorsque la solidarité familiale s'appuie, en réalité, sur le dévouement de membres spécifiques de la famille, plutôt que sur un travail domestique collectif partagé* ».

Afin d'aider les familles, par arrêté n° 890 CM du 13 juillet 2012, le titre à finalité professionnelle d'assistant de vie aux familles a été créé. La professionnalisation de la filière est en cours depuis 12 ans. Le titre a fait l'objet de modification par arrêté n° 575 CM du 30 avril 2024.

b- Des dispositifs d'aide perfectibles

Parmi les dispositifs permettant à une personne en situation de dépendance de bénéficier d'assistance ou de suppléance, les membres de la mission d'information se sont intéressés aux deux dispositifs de garde d'un proche : aidant *feti'i* et tierce-personne.

*1- Le dispositif aidant *feti'i* : un bilan mitigé*

Le rapport d'enquête scientifique relatif aux violences précité révèle « *la très faible proportion de recours aux dispositifs d'aide sociale pouvant être rendus disponibles relativement à la prise en charge à domicile de la vieillesse* », s'expliquant par « *une moindre connaissance des populations en matière de dispositifs publics et d'aide sociale* », et d'autre part, « *lorsque ces droits sont connus, l'existence de décision de non-recours* ». Pour autant, les auditions ont mis en évidence les retours négatifs d'utilisateurs ayant déposé une demande d'aidant *feti'i*, refusée sans explications de la part des services.

La précarité des personnes âgées est de plus en plus visible. Si les enfants sont également en situation de précarité, ils ne peuvent subvenir aux besoins de leurs parents. Ainsi, ils cherchent des financements et le dispositif aidant *feti'i* répondait à ce double objectif de permettre de maintenir le lien social en affectant un *feti'i* à la prise en charge d'un proche tout en l'indemnisant.

L'article 205 du code civil applicable en Polynésie française dispose que « *les enfants doivent des aliments à leur père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin* ».

Or, cette obligation ne s'impose qu'en présence de revenus.

Ce principe a été rappelé à plusieurs reprises par la Cour de cassation et précisé notamment dans un arrêt du 28 mars 2006, selon lequel le concubin d'une débitrice de cette obligation alimentaire à l'égard de sa mère ne saurait y être tenu, car seuls « *les gendres et belles-filles* » mariés sont liés par cette obligation aux termes de l'article 206 du code civil.

La cour a en outre confirmé que l'absence de revenus entraîne l'impossibilité de satisfaire à l'obligation alimentaire. Ainsi, selon la cour, cette obligation alimentaire ne s'impose que lorsque son débiteur dispose de revenus permettant de satisfaire cette obligation.

Au niveau local, le tribunal de première instance de Papeete a eu l'occasion de rappeler ce principe notamment dans une décision du 3 décembre 2010 par laquelle il a précisé que celui qui réclame des aliments doit prouver qu'il est dans le besoin et, par la même, qu'il n'est pas en mesure d'assurer sa propre subsistance, totalement ou partiellement. Cet état de besoin résulte de l'absence ou de l'insuffisance de ressources.

En outre, le code de l'action sociale et des familles comporte également des dispositions relatives à cette obligation alimentaire applicables à la Polynésie française en vertu de son article L. 560-1.

Le financement du dispositif aidant feti'i est assuré par les fonds d'action sociale des différents régimes.

Par délibération n° 03-2019/CA.RNS du 18 janvier 2019 rendue exécutoire par arrêté n° 149 CM du 4 février 2019, le conseil d'administration du régime des non-salariés de la CPS a instauré et encadré la prise en charge de l'aide « aidant familial » en faveur des personnes âgées et / ou handicapées à leur domicile. Cette délibération a toutefois été abrogée et remplacée par la délibération n° 10-2019 CA.RNS du 27 juin 2019 rendue exécutoire par arrêté n° 1803 CM du 23 août 2019, laquelle vient instaurer et encadrer la prise en charge de l'aide « Aidant feti'i » en faveur des personnes âgées et / ou handicapées à leur domicile.

L'aide, d'un montant maximal de 50 000 F CFP, est octroyée par la DSFE pour permettre le maintien à domicile d'une personne âgée et / ou dépendante relevant du régime des non-salariés qui ne peut plus assurer seule les tâches de la vie quotidienne et qui a la possibilité d'être assistée, au quotidien, par la personne de son choix issue de son environnement, âgée d'au moins 18 ans.

Ainsi, la demande d'aide est adressée à la DSFE qui statue sur l'éligibilité de la demande, qui est subordonnée à la production :

- D'un certificat médical du médecin traitant attestant de l'état de dépendance de la personne à aider dans les actes de la vie quotidienne ;
- De l'évaluation sociale précisant le besoin d'aide, d'accompagnement et de soutien ;
- De la copie de la pièce d'identité du demandeur de l'aide, ainsi que de son relevé d'identité bancaire ;
- De son engagement à participer à la formation « aidant feti'i ».

Concernant les ressortissants du régime de solidarité (RSPF), la délibération n° 01-2019/CG.RSPF du comité de gestion du régime vient instaurer et encadrer l'aide « aidant feti'i » en faveur des personnes âgées et / ou handicapées à leur domicile. Le budget 2022 correspondant, était de plus de 164 millions F CFP imputés au FASS RSPF en (délibération N°4-2022/CA.RSPF).

Pour les ressortissants du RNS, le montant est également plafonné à 50 000 F CFP et versé dans les mêmes conditions. Cela représente plus de 4 millions F CFP imputés au FASS RNS en 2022 sur un budget de 10 millions F CFP (délibération N°03-2022/CA.RNS).

Le site de diffusion de l'information de l'administration¹¹ confirme que le dispositif est accessible pour les ressortissants du régime du RSPF, RNS et RGS en rappelant que les ressortissants du FSR y sont exclus. Pour autant, la délibération encadrant le dispositif aidant feti'i auprès du RGS n'est pas disponible sur LEXPOL et le texte y faisant référence n'apparaît pas sur le site du service public.

¹¹ www.service-public.pf

La liste des pièces à fournir à la DSFE comprend :

- un formulaire de demande d'aide sociale rempli et signé par le demandeur ;
- la copie de sa pièce d'identité ;
- un certificat médical couvrant la période de demande et mentionnant le besoin d'aide à domicile ;
- la copie de la notification de la CTES ou de la COTOREP pour les personnes en situation de handicap ;
- tous justificatifs de revenus ;
- les relevés des comptes bancaires actifs de l'aidé et de l'aidant des trois derniers mois ;
- l'acte d'engagement aidant feti'i rempli et signé des 3 parties (aidant/aidé/DSFE).

Le dispositif oblige l'aidant à assurer au minimum 2h d'accompagnement par jour, 5 jours par semaine, soit au moins 40h par mois avec une indemnité maximale de 50 000 F CFP. Il a été relevé que de nombreux aidant feti'i passaient plus de 40h par mois auprès de l'aidant sans pouvoir augmenter leur indemnité.

La cellule des personnes vulnérables de la DSFE dénombre à ce jour 190 personnes de plus de 60 ans bénéficiaires du dispositif aidant feti'i, réparties sur l'ensemble de la Polynésie.

Ce dispositif rencontre aussi des controverses, car il aurait monétarisé une situation qualifiée de normale au sein de la structure familiale polynésienne, selon certaines personnes auditionnées, notamment l'ancien responsable de la cellule en charge de la perte d'autonomie.

En effet, plusieurs personnes auditionnées ont affirmé que ce dispositif a mené au déchirement de certaines familles, car la personne désignée en qualité d'aidant feti'i ne reçoit plus l'aide du reste de la famille, qui estime qu'elle est payée pour le faire et que cela exonère le reste de la famille de cette obligation.

La DSFE relève en outre une carence dans le suivi des aidants feti'i après la disparition des personnes dont ils s'occupent, compte tenu de l'absence de suite, malgré la formation qui leur est dispensée, leur permettant de poursuivre cette activité, sauf à s'occuper d'une autre personne âgée et/ou dépendante.

Les personnes désirant poursuivre cette activité peuvent toutefois intégrer le dispositif de tierce personne, ou devenir accueillant familial, ou encore intégrer une unité de vie ou un établissement médico-social ou socioéducatif. Or, il n'existe pas de répertoire permettant l'identification de ces ressources.

Il apparaît dès lors indispensable de disposer d'une liste à jour des aidants, à l'instar des professions médicales.

En outre, la question d'une augmentation du montant de l'indemnité aidant feti'i a été très prégnante dans les auditions, notamment sur l'île de Tahiti. La vice-présidente, en charge des solidarités a elle aussi fait part de son souhait de voir augmenter cette indemnité en l'alignant sur le SMIG. Cependant, d'une part un tel montant ferait basculer les bénéficiaires vers le RGS, et d'autre part, une telle décision relève du ministre de la santé, en lien avec la CPS. Le montant sur lequel la réflexion est portée s'élève ainsi à 80 000 F CFP. Il constitue souvent le seul revenu de l'aidant feti'i.

Par ailleurs, dans les îles, certains estiment que le montant est suffisant. La notion de pauvreté n'est pas la même en zone urbaine et dans les îles éloignées, où la quasi-totalité de la nourriture peut être obtenue sans être achetée. En effet, on remarque la présence d'un *fa'a'apu* dans chacune des cours visitées dans le cadre des missions dans les îles.

Les membres de la mission d'information proposent ainsi de compenser sur la branche dépendance, avec la différenciation entre assistance et suppléance, qui correspond en outre à la classification établie par la COTOREP (AC1 et AC2), ceci afin de tenir compte des différences dans la nécessité de prise en charge, qui requiert une disponibilité plus ou moins importante de la part de l'aidant.

La définition d'un montant pose en outre des interrogations, s'agissant des aidants en activité qui sont contraints de démissionner pour s'occuper d'un proche.

Les membres de la mission d'information ont en effet eu l'occasion de rencontrer certains aidants qui sont allés jusqu'à ce sacrifice que celui de tout quitter pour prendre en charge son parent dans le besoin, sans aucune contrepartie, le dispositif d'aidant *feti'i* ne pouvant pas être mis en œuvre lorsqu'il s'agit d'une personne âgée relevant du régime des salariés retraités.

2- Le dispositif de tierce personne : une filière à professionnaliser

La délibération n° 82-36 du 30 avril 1982 modifiée relative à l'action en faveur des personnes handicapées définit la tierce personne comme *« toute personne désignée par la personne handicapée ou son représentant légal pour l'accompagner dans ses déplacements et actes de la vie quotidienne, aussi bien à titre professionnel que personnel. Est également considérée comme tierce personne, tout professionnel ayant pour mission l'accompagnement de la personne handicapée »*.

Si les quatre fonds d'aides sociales (FASS RGS/RNS/RSPF et FSR) comprennent des lignes intitulées tierces personnes, aidant *feti'i* et garde par un proche, les dispositifs sont différents en termes d'horaire et de rémunération.

Le dispositif « tierce personne », pour les ressortissants du RNS, est régi par la délibération n° 13/2018/CA.RNS du 13 décembre 2018 relative à la prise en charge des frais des tierces personnes, rendue exécutoire par arrêté n° 139 CM du 4 février 2019.

Ce dispositif s'adresse aux personnes handicapées ainsi qu'aux personnes âgées en perte d'autonomie, afin de permettre leur maintien à domicile.

La demande de prise en charge est déposée à la DSFE, qui statue sur sa recevabilité. La décision de prise en charge fixe d'une part le quota horaire hebdomadaire d'intervention, dans la limite de 39 heures, et d'autre part le montant horaire de l'assistance, dans la limite du SMIG horaire. Cette décision tient compte de la possible participation financière de la famille et/ou du bénéficiaire de l'aide. La tierce personne peut ainsi être rémunérée à hauteur du SMIG mensuel en effectuant les 169h.

S'agissant des ressortissants du RSPF, le même dispositif est en place depuis 2016, dans les mêmes conditions, par délibération n°16-2016 CG. RSPF du 29 novembre 2016 relative à la prise en charge des frais des tierces personnes, rendue exécutoire par arrêté n° 2198 CM du 21 décembre 2016.

Les retraités du RGS bénéficient aussi d'un fonds social créé par la délibération n° 87-11 AT du 29 janvier 1987 portant institution d'un régime de retraite des travailleurs salariés de la Polynésie française (en son article 15). Ce fonds est utilisé pour l'attribution, à titre individuel, de secours exceptionnels en espèce ou en nature, et éventuellement renouvelables, à des participants actifs ou retraités, ainsi qu'aux vieux travailleurs qui, ayant cessé toute activité, ne bénéficient pas de l'allocation d'aide aux vieux travailleurs, et au conjoint survivant des bénéficiaires. Les secours sont attribués par le directeur de la caisse après enquête de l'assistante sociale de cet organisme.

Par ailleurs, chaque année, un programme de ce fonds est adopté par le conseil d'administration de la CPS. Pour l'année 2024, ce programme a été adopté par délibération n° 14-2023/CA.CPS du 10 novembre 2023 rendue exécutoire par arrêté n° 2322 CM du 12 décembre 2023.

En 2022, le dispositif de tierce personne pour les ressortissants du RGS retraités représentait une dépense de 56 624 256 F CFP pour la CPS. En 2023, il représentait 65 000 000 F CFP¹² pour finalement atteindre 76 000 000 F CFP en 2024 (délibération n°04-2023/CA.CPS)¹³.

Il fait partie du dispositif de garde par un proche (GAP) qui est en hausse ces dernières années.

Le FASS RGS fait apparaître une ligne GAP. En 2022, cela a concerné 3 bénéficiaires pour un montant total de 1,8 millions F CFP (délibération n°11-2022/CA.CPS).

Le fonctionnement des aides sociales par fonds et par régime devrait être évalué pour mesurer son efficacité.

Pourquoi autant de dispositifs différents de tierce personne ? C'est une question qui a animé les rapporteurs, ce qui a conduit à poser comme recommandation la nécessité de clarifier les différents dispositifs en vigueur.

Il apparaît à travers l'analyse des différents fonds d'action sociale que l'ensemble des coûts liés à l'accompagnement d'une personne en perte d'autonomie (tierce personne, aidant fcti'i, garde par un proche) dépasse les 310 millions F CFP pour l'année 2022 répartis entre les différents fonds d'action sociale pour 522 bénéficiaires soit une moyenne de 593 869 F CFP par bénéficiaire.

Les placements des personnes âgées représentent plus de 246 millions F CFP (accueillants familiaux, Fare matahiapo, placement des personnes âgées) pour 229 bénéficiaires, soit une moyenne de plus de 1 000 000 F CFP par bénéficiaire. L'une des difficultés réside dans la définition précise du nombre de bénéficiaires étant des *matahiapo* en perte d'autonomie.

¹² Il s'agit du montant inscrit au budget 2023 de la CPS, or les dépenses validées au 20 septembre 2023 s'élèvent à 74 183 909 F CFP, nécessitant des délibérations modificatives en vue de son augmentation.

¹³ Il s'agit du montant inscrit au budget 2024 de la CPS.

Depuis 2014, la CPS s'est fixée pour objectif de faire en sorte que toutes les tierces personnes soient déclarées et que ces aides soient versées directement aux bénéficiaires. Donc selon ce schéma, l'aide est versée à l'aidé qui rémunère ensuite l'aidant.

Pour les familles dont les capacités contributives permettent de faire face aux charges sociales qui leur incombent, l'aide est diminuée de leur participation. En outre, pour les personnes âgées isolées (*sans famille et bénéficiant du minimum vieillesse*), la participation du service social de la CPS est revue à la hausse.

Dans tous les cas, une participation minimale forfaitaire mensuelle de 5 000 F CFP est demandée à la personne âgée, et la prise en charge nécessite impérativement une prescription médicale à cet effet.

Par ailleurs, depuis 2014, compte tenu de la diversité des profils et des situations familiales, il est possible, dans le cadre du dispositif de tierce personne, de recourir à un prestataire : l'association Utuafare Ora. Ce partenariat a été pérennisé et un autre partenariat a récemment vu le jour avec la société Ti'irau Mille pattes¹⁴.

Ce type de partenariat permet de garantir une prise en charge par des personnels qualifiés.

Pour conclure, le bénéficiaire du dispositif tierce personne est l'aidé, qui reçoit ainsi un accompagnement financier pour rémunérer la tierce personne. Dans le cas de l'aidant feti'i, le bénéficiaire est l'aidant, lequel est directement indemnisé par le fonds d'action sociale. Les deux dispositifs ont des rémunérations et des temps d'accompagnement de l'aidé différents. Le dispositif aidant feti'i permet de fournir une indemnité pour service rendu, alors que le dispositif tierce personne permet quant à lui un accompagnement de l'aidé dans un cadre plus professionnel.

B- Les centres d'hébergement : le dernier recours des familles

L'hébergement en centre pour personnes âgées est une conception urbaine. Elle ne se retrouve pas dans les îles visitées au cours de la mission d'information, et même en zone urbaine, elle constitue bien souvent le dernier recours de familles qui n'arrivent plus à gérer cette dépendance. Toutefois, ce type de centres souffre d'une réglementation parcellaire et lacunaire qui mène à des prises en charge disparates.

a- Structures d'accueil : des règles inexistantes ou inadaptées

En l'absence d'une réglementation satisfaisante, le code de l'aménagement constitue la base réglementaire sur laquelle l'ARASS fonde son contrôle. On constate que les structures peinent à se conformer aux exigences réglementaires actuelles et que l'adoption d'une nouvelle réglementation est compromise par le coût de la mise en conformité des structures existantes.

1- L'application de règles d'urbanisme (ERP) en l'absence de dispositions idoines applicables

¹⁴ Cette société prend la forme d'une agence qui prépare et coordonne les interventions à domicile des bénéficiaires de tous âges de Tahiti et Moorea (*garde d'enfant, handicap enfant et adulte, dépendance, etc.*)

Les auditions menées dans le cadre de cette mission d'information ont révélé l'absence de règles relatives aux structures d'accueil de personnes en perte d'autonomie. Il est à noter qu'environ 70 % de l'enveloppe du FSR sert au financement des placements dans ces structures.

La délibération n° 2003-15 APF du 9 janvier 2003 portant réglementation des établissements et services médico-sociaux, en son article 30, dispose que « *les modalités d'application de la présente délibération sont fixées par des arrêtés pris en conseil des ministres* ».

Or, force est de constater qu'à ce jour, aucun arrêté d'application n'a été adopté par le conseil des ministres. Pire encore, la loi du pays n° 2009-16 du 6 octobre 2009 relative aux accueillants familiaux retient une dénomination différente, et la CTC, dans son rapport d'observations définitives relatif à la politique sociale du Pays, avait estimé que ce texte, parce qu'il retient une dénomination différente, représente « *une source de confusion* ».

Les représentants de la DSFE rappellent ce vide réglementaire, qui fait qu'à ce jour, n'importe quelle personne peut louer une maison et ouvrir un centre d'accueil pour personnes âgées. En effet, l'ouverture d'une structure de type « unité de vie » souffre tellement d'un manque d'encadrement que la DSFE avoue avoir mis en place un minimum de garanties pour ne pas que cela se fasse « *de manière sauvage* », telles que des recommandations sur les accès. Toutefois, la majorité des unités de vie n'ont pas de liens avec la DSFE, qui rappelle que c'est l'ARASS qui contrôle les structures, mais qu'elle ne peut le faire de manière optimale, puisqu'il n'y a pas de réglementation autre que les règles d'urbanisme.

Lors de leur audition, les représentants de l'ARASS ont rappelé que les normes régissant les unités de vie sont les normes régissant les établissements recevant du public (ERP), et il apparaît qu'actuellement, moins de la moitié des structures visitées par l'ARASS dans le cadre de leurs états des lieux, sont aux normes.

Les membres de la mission d'information ont procédé à la visite du Fare Matahiapo situé à Taravao. Cette structure est la seule structure de type maison de retraite placée sous la responsabilité du ministère de la santé. Elle est régie par l'arrêté n° 1300 CM du 23 septembre 1999 modifié. De lourds travaux doivent également y être entrepris.

2- Des structures qui peinent à se conformer aux exigences réglementaires

Lors de leur audition, les représentants de l'ARASS ont rappelé les difficultés rencontrées par les représentants des structures, notamment de taille humaine, à se conformer aux exigences réglementaires. L'état des lieux des structures (unités de vie et accueillants familiaux) effectué par l'ARASS a révélé que moins de la moitié de ces structures d'accueil répondent aux normes ERP. Parfois, les manquements sont tels que l'ARASS procède au signalement de cette situation au maire de la commune dans laquelle est situé le centre, afin que celui-ci prenne, le cas échéant, un arrêté de fermeture dudit établissement. Ainsi, l'ARASS entend insister sur la mise aux normes de sécurité, d'incendie et d'hygiène.

Par ailleurs, l'accent a été mis sur la nécessité d'adopter une réglementation souple, dans la mesure où l'instauration d'un cadre normatif trop strict entraînerait *de facto* la fermeture de la plupart de ces structures. En outre, la mise en conformité des structures existantes

entraînera un coût que les structures ne pourront pas supporter, à l'évidence, nécessitant par conséquent un soutien du Pays.

En l'état actuel de la réglementation, le coût de la mise aux normes ERP est estimé par l'ARASS à 6 000 000 F CFP.

Au-delà des règles d'urbanisme, les structures d'accueil ont également du mal à se conformer au droit du travail. En effet, l'état des lieux mené par l'ARASS a révélé que certaines personnes travaillent dans des centres en étant ni déclarées à la CPS, ni détentrices d'une patente leur permettant d'exercer de telles fonctions. L'ARASS se charge donc de procéder au signalement, à l'inspection du travail et à la CPS, de ces situations.

L'ARASS, dans l'exercice de la mission de contrôle qui lui est dévolue, a pu mener, en 2023, 32 missions d'inspection et de contrôle, parmi lesquelles 8 unités de vie et 4 accueillants familiaux. Il est à noter que ces missions sont programmées (annoncées ou inopinées) ou parfois déclenchées (non programmées) suite à des signalements.

Parmi les pistes d'amélioration proposées par l'ARASS, figurent celles de favoriser les structures à taille « humaine », type « Unité de vie » et d'engager une réforme de la réglementation, de favoriser la remise aux normes ERP/sécurité incendie et d'investir dans la formation des personnels de ces structures.

Les points de contrôle de l'ARASS sont :

- Points de sécurité/santé contrôlé :
 - 1- Visite de l'extérieur (Clôture ou portail, Piscine sécurisée)
 - 2- Visite des locaux (nombre de pièces/personne du foyer)
 - 3- Installations électriques aux normes
 - 4- Dispositifs de prévention des chutes
 - 5- Produits (outils) dangereux et médicaments sécurisés
 - 6- Détecteur de fumée et extincteur (optionnel)
 - 7- Accessibilité PMR (si PMR accueilli) : portes, rampes, barres d'appui
 - 8- Propreté et hygiène des locaux
 - 9- Contrôle de la pharmacie : stockage, date de péremption, prescription
 - 10- Suivi médical régulier
 - 11- Repas (équilibrés et adaptés) et activités

- Présence de mobiliers nécessaires à la prise en charge :
 - 1- Chambre individuelle : matelas, sommier, lit médicalisé adapté ;
 - 2- Armoire, rangement individuel, effets personnels, fenêtre ou dispositif permettant l'aération de la pièce ;
 - 3- Éclairage fonctionnel.

Lors de leur audition, les représentants de la DSFE ont alerté les membres de la mission d'information sur le fait que l'introduction dans le code de l'aménagement de dispositions contraignantes pour les accueillants familiaux, les unités de vie et les établissements médico-sociaux en termes de conditions matérielles minimales obligatoires pour l'accueil de personnes âgées en perte d'autonomie (*telles que l'aménagement de salles d'eau privatives, la taille minimale des chambres, etc.*) pourrait entraîner la disparition des accueillants familiaux, unités de vie et établissements médico-sociaux qui ne seraient pas en

mesure de se conformer à ces mesures pour des raisons financières, ainsi qu'une augmentation substantielle des tarifs appliqués pour l'accueil de personnes âgées.

b- Une qualité de prise en charge très variable

La mission d'information constate que les prises en charge, parfois très coûteuses, varient d'un centre à un autre, et ce, indépendamment d'un éventuel agrément à l'aide sociale. La prise en charge peut être insuffisante voire indigne, menant à la nécessité d'un signalement, sachant que cette situation s'explique souvent par le manque de formation des personnels.

1- Des prises en charge disparates, parfois indignes

Au-delà de la dimension culturelle et familiale, si beaucoup de Polynésiens ont autant de mal à imaginer « placer » leur parent dans un centre spécialisé, c'est aussi en raison de nombreux dérapages qui y ont été déplorés. L'ARASS a malheureusement relevé, au sein de certaines structures, « *des personnes dénutries, qui ne mangent qu'un repas par jour. Le soir, du café, du pain. Ils font des économies sur le ma'a* ».

Lors des visites et de l'état des lieux des structures d'accueil, effectués par l'ARASS, d'autres structures ont brillé par leur professionnalisme et leur humanité. Toutefois, le constat dressé par l'ARASS est clair :

- des structures ou maison d'habitation pas toujours aux normes de sécurité minimales ;
- des chambres individuelles pas toujours bien équipées ni adaptées au handicap, avec peu d'espaces de circulation et sans respect de l'intimité ;
- des dispositifs d'animation de la vie sociale pas toujours mis en place, et un manque d'ouverture sur l'extérieur.

Les visites de structures effectuées par les membres de la mission d'information ont permis de conforter ces constats mais aussi de saisir sur place le ressenti des professionnels et des résidents. Les membres ont pu constater que certaines structures, à taille humaine, ont à cœur de recréer une atmosphère familiale, ce qui rend cette situation plus acceptable pour la personne âgée, mais aussi pour sa famille.

S'agissant des accueillants familiaux (AF), ils sont au nombre de 33 répartis comme suit :

ZONES ET LIEUX D'INSTALLATION		Nombre AF majeurs
Zone urbaine de Tahiti	ARUE	2
	FAAA	1
	MAHINA	2
	PAPEETE	1
	PIRAE	-
	PUNAAUIA	2
	HITIA'A O TE RA	-

Autres zones de Tahiti	PAEA	1
	PAPARA	3
	TAIARAPU-EST	1
	TAIARAPU - OUEST	8
	TEVA I UTA	3
Moorea	MOOREA	3
Archipels éloignés	HUAHINE	1
	TAHAA	1
	RAIATEA	1
	MARQUISES (Tahuata)	1
	TUAMOTU (Mataiva et Makatea)	2
TOTAL		33

Les accueillants familiaux auditionnés dans le cadre de la présente mission d'information ont témoigné des difficultés rencontrées dans l'exercice de leur fonction et rappelé que l'indemnité perçue ne saurait couvrir l'ensemble des frais qu'engendre la garde d'une personne en situation de dépendance.

2- Un manque de formation

L'état des lieux des unités de vie, mené par l'ARASS, a en outre révélé un manque de formation des personnels travaillant en unité de vie, ainsi que des accueillants familiaux. En effet, en moyenne, seulement 53 % des effectifs disposent d'une formation. Concernant les accueillants familiaux, depuis la crise de la covid, aucune formation n'a été organisée.

Pourtant, la fonction d'accueillant familial est subordonnée à la participation à une formation visant à permettre à l'accueillant familial d'assurer au quotidien les besoins nécessaires au développement physique, psychique et affectif de la personne accueillie, de développer son autonomie et d'apprendre à l'intégrer comme un membre à part entière de la famille.

La formation comprend une partie théorique commune à tous les accueillants familiaux et une partie spécifique conditionnée au public accueilli. Concernant l'accueil de personnes âgées en perte d'autonomie, la formation prévoit 40 heures de formation, ainsi réparties :

- 14 heures sur les conséquences du vieillissement et du handicap ;
- 13 heures sur la prise en charge du soin au quotidien ;
- 20 heures sur l'hygiène, la sécurité et l'alimentation dont 2 heures spécifiquement dédiées à l'accueil d'adultes en situation de vulnérabilité ;
- 4 heures sur l'engagement relationnel, le partage du quotidien et l'élaboration de réponses appropriées dans le cadre de l'accueil d'adultes en situation de vulnérabilité.

L'ARASS estime le coût de la formation des professionnels de santé à 20 000 000 F CFP.

Les représentants de la DSFE ont rappelé lors de leur audition que la DSFE prend en charge la formation de travailleurs sociaux, ce qui représente environ 10 000 000 F CFP par an.

La visite des centres d'accueil a révélé que si la plupart des personnes exerçant dans ces structures disposent avant tout de compétences psychosociales, force est de constater que la quasi-totalité des effectifs n'a pas bénéficié de formation aux missions exercées. On parle en effet de « formation sur le tas ».

Aussi, à titre de pistes d'amélioration proposées par l'ARASS, il a été suggéré de développer les dispositifs de type aidants fcti'i et d'investir dans la formation des professionnels intervenant à domicile (ex : Auxiliaires de vie, « IDE » etc.)

III- Vers une amélioration du quotidien des *matahiapo*

Les travaux menés dans le cadre de la présente mission d'information ont mis en lumière la nécessité d'améliorer le cadre de vie des *matahiapo*. À cet égard, les missions dans les îles éloignées ont confirmé que ce type de mode de vie, tourné vers la nature, était un facteur de bonne santé et de longévité.

A-Le cadre de vie comme élément déterminant du bien-être des *matahiapo*

L'environnement influence profondément l'état de santé de la personne âgée, qui a besoin de relations sociales et de vivre dans des conditions décentes.

a- Le nécessaire maintien du lien social

Si la famille constitue le socle de la société, en Polynésie elle représente le cœur des relations sociales des individus et notamment des personnes âgées. Lorsque cette famille ne peut pas prendre en charge cette personne pour des raisons notamment professionnelles, l'accueil en centre de jour représente une alternative intéressante pour permettre le maintien des relations sociales du *matahiapo*.

1- La famille, au cœur des relations sociales des *matahiapo*

Les personnes âgées rencontrées dans le cadre des missions effectuées dans les îles étaient en très grande majorité entourées de la famille. En effet, il s'agit souvent de terrains familiaux, et les personnes âgées vivent ainsi à proximité de leurs frères et sœurs. La solidarité familiale est très présente, qu'elle soit pécuniaire ou en nature, au travers d'une prise en charge allant jusqu'à 24/24h.

Pour beaucoup de personnes auditionnées et principalement dans les îles, prendre en charge son parent en perte d'autonomie est une forme de reconnaissance de l'enfant.

Le rapport d'enquête scientifique précité* a révélé que « les violences intrafamiliales envers les personnes âgées et en situation de handicap s'inscrivent, le plus souvent dans des contextes de maltraitance en lien avec la prise en charge domestique (de la vieillesse, du handicap ou de la dépendance) ».

* Sur décision des rapporteurs, les mots : « Le rapport d'enquête scientifique précité » se substituent aux mots : « L'étude précitée de M. BASTIDE » figurant dans le rapport enregistré le 10 janvier 2025.

Le nombre de signalements effectués auprès de la DSFE pour maltraitance sur personne âgée s'élève à 47 en 2019, 89 en 2020 et 74 en 2021. Ainsi, on remarque une explosion du nombre de signalements suite aux confinements décidés durant la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid.

Lors des visites à domicile, il a été constaté que l'état des *matahiapo* se dégrade souvent après la perte du conjoint.

Lors de leur audition, les représentants de l'hôpital de Nuku Hiva ont indiqué que les personnes qui arrivent à l'hôpital ne sont jamais seules, mais accompagnées d'un membre de la famille.

Aux îles Australes, la subdivisionnaire de la santé a indiqué lors de son audition que la présence d'un membre de la famille est obligatoire au centre médical, notamment en cas d'hospitalisation, en raison du fait que cet établissement n'est pas un hôpital.

Selon le rapport d'enquête scientifique relatif aux violences précité, « *la Polynésie française possède les caractéristiques des sociétés de type « familiariste » : les logiques (au sens pratique) et les principes (au sens moral) de la solidarité familiale et de l'attachement à la famille se révèlent nettement prévalents sur les autres types de solidarité et d'attachement social (la sphère professionnelle ou la vie citoyenne par exemple) ».*

Concernant les îles Australes, le rapport affirme que la prévalence des solidarités familiales « *semble d'autant plus nette que la distance est grande aux institutions du service public et que le travail de contrôle et d'accompagnement des familles et des individus est moins présent qu'à Tahiti. La disponibilité des professionnels de santé et du secteur social ou médico-social y est relativement faible et discontinue ».*

Les membres de la mission d'information ont dressé le même constat lors des visites réalisées au domicile des *matahiapo* de l'île de Tubuai. En effet, sur les 11 *matahiapo* rencontrés, seule une personne n'entretient pas de liens réguliers avec ses descendants directs, sa garde étant assurée par une *feti'i*.

2- Les centres de jour, une alternative pour maintenir le lien social

Si les centres d'hébergement ne séduisent pas particulièrement les Polynésiens et constituent un dernier recours, tel n'est pas le cas des centres d'accueil de jour, ou d'activités. Le souhait de l'ouverture d'une telle structure a été formulé à plusieurs reprises, et notamment à Rangiroa, à Tubuai, mais aussi aux Marquises, à Ua Pou, où parmi la trentaine de *matahiapo* et aidants présents aux tables rondes, seule une personne âgée a émis une réticence à participer à de telles activités, préférant rester chez elle, où elle « *se sent bien* ».

À Tubuai, les membres de la mission d'information ont pu échanger avec une personne porteuse d'un projet de centre de jour, avec des activités notamment pour les personnes en déficience mentale.

Ce type de structure permet aux aidants de faire une pause tout en sachant que la personne dont ils ont la charge est entre de bonnes mains.

Les établissements d'accueil en journées peuvent en outre devenir des vecteurs de transmission du savoir intergénérationnel.

Madame la ministre en charge des solidarités a affirmé envisager un partenariat avec les écoles afin de mettre en œuvre ce projet de transmission intergénérationnelle. En effet, nos *matahiapo* sont détenteurs de savoirs qu'il est éminemment impératif de transmettre et perpétuer. Beaucoup de Polynésiens ont besoin de se reconnecter à leurs racines et les *matahiapo* jouent un rôle clé dans la mise en œuvre de ce retour à nos valeurs traditionnelles. Cela a été tout particulièrement prégnant lors des auditions faites dans les archipels, par exemple à Bora Bora, où l'importance de la transmission intergénérationnelle et d'une prise en charge en cohérence avec les valeurs polynésiennes a été mise en exergue.

C'est le même constat aux îles Marquises, où certains aidants ont affirmé avoir vu l'état de la personne en situation de dépendance s'améliorer suite au retour sur son île, avec un mode de vie traditionnel et des occupations tournées vers notre environnement naturel.

Il est à noter que la CPS a relevé une demande importante de prise en charge en unité de vie en accueil de jour, bien que sa mise en place demeure complexe pour les familles, qui sont accompagnées par les travailleurs sociaux dans l'appréhension de ce nouveau dispositif.

Pour 2024, ce dispositif a été reconduit. Il représente un coût moyen de 10 000 F CFP par jour, du lundi au vendredi et comprend :

- l'accueil de 6 h 30 à 18 h ;
- des activités d'éveil ;
- le petit-déjeuner ;
- deux collations (*matin et après-midi*) ;
- l'hygiène corporelle.

La CPS prend ainsi en charge 80 % soit 8 000 F CFP par jour, les 20 % restants étant à la charge de la personne âgée.

Lors des visites effectuées au sein des centres d'accueil pour personnes âgées, les membres ont pu rencontrer des personnes âgées qui venaient uniquement en journée afin de passer de bons moments, participer aux activités et avoir des interactions sociales, avant de rentrer à leur domicile à la fin de la journée.

Ce type d'accueil en journée présente l'avantage de permettre aux aidants en activité de poursuivre cette activité, tout en maintenant la personne âgée dans des relations sociales.

b- Le nécessaire maintien de la personne âgée dans des conditions de vie décentes

Les conditions de vie décentes incluent un logement propre et entretenu, mais aussi avant tout le respect de la dignité de la personne âgée.

1- Le maintien de la propreté et l'entretien du logement occupé

Le rapport mondial sur le vieillissement et la santé de l'OMS, publié en 2015, estime que, d'ici 2050, la population mondiale de personnes âgées doublera.

Si le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie reste une priorité, celui-ci doit se faire dans un logement qui permet de favoriser la bonne santé de la personne âgée.

En effet, selon l'OMS, 12,6 millions de personnes meurent chaque année dans le monde en raison d'un environnement insalubre, dont 3,5 millions dans la zone Pacifique. La propreté et l'entretien du logement occupé par la personne âgée sont donc indispensables.

Dès 1989, l'OMS a établi 11 principes directeurs relatifs à la santé et le logement. Parmi ces principes, celui de l'amélioration de l'environnement résidentiel, qui comprend 3 dispositions :

- Des services de sécurité et de secours d'urgence, qui dépendent également de la configuration physique de l'habitat (des logements très rapprochés ou des rues étroites ou impraticables pouvant empêcher l'accès au logement) ;
- Des services sanitaires physiquement accessibles ;
- L'accès aux équipements culturels et autres, qui comprennent également l'accès aux équipements récréatifs de quartier (*aménagement d'espaces verts dans les zones d'habitation, etc.*) et les activités communicatives auxquelles les habitants sont encouragés à participer car « ils donnent le sens de l'appartenance et le sentiment de bénéficiaire du soutien social, ce qui favorise la santé individuelle et le bien-être de la collectivité ».

En 2019, le haut conseil de la santé publique¹⁵ a publié un rapport relatif aux facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé qui reprend les critères fondamentaux pour un habitat sain des centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) publiée en 2006 :

<i>Besoin physiologiques fondamentaux</i>	<i>Besoin psychologiques fondamentaux</i>	<i>Protection contre les maladies</i>
Une protection contre les éléments	Une intimité suffisante pour chaque individu	Disposer d'une alimentation en eau saine et salubre
Un environnement thermique évitant les pertes de chaleur inutiles	La possibilité d'avoir une vie de famille normale	Disposer de protections du système d'approvisionnement en eau contre la pollution
Un environnement thermique permettant une perte de chaleur corporelle adéquate	La possibilité d'avoir une vie communautaire normale	Prévoir des installations sanitaires minimisant le risque de transmission de maladies

¹⁵ Le HCSP est une instance nationale qui fusionne une grande partie des attributions du Haut Comité de la santé publique et des quatre sections du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Ses missions, définies à l'article L 1411-4 du code de la santé publique, sont de :

- contribuer à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la Stratégie nationale de santé ;
- fournir aux pouvoirs publics, en lien avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire ;
- fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique ;
- contribuer à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée.

Une atmosphère présentant une pureté chimique raisonnable	Des installations permettant d'exécuter des tâches ménagères sans fatigue physique et mentale excessive	Protéger les surfaces intérieures de l'habitation contre la contamination par les eaux usées
Un éclairage naturel (lumière du jour) adéquat avec les risques d'éblouissement maîtrisés	Des aménagements permettant de maintenir la propreté du logement et de l'individu	Éviter les conditions insalubres à proximité de l'habitation
Un éclairement solaire direct	Une satisfaction esthétique du foyer et de ses environs	Exclure les animaux nuisibles de l'habitation, pouvant jouer un rôle dans la transmission de maladies
Un éclairage artificiel adéquat avec les risques d'éblouissement maîtrisés	Une concordance avec les normes sociales en vigueur dans la communauté locale	Disposer d'installations pour garder le lait et les aliments frais
Une protection contre le bruit excessif		Laisser suffisamment d'espace dans les chambres pour minimiser le risque d'infection par contact
Un espace adéquat pour exercer des activités physiques et permettre aux enfants de jouer		

Depuis 2006, le Royaume-Uni a mis en place un système de cotation de la salubrité et de la sécurité du logement (*en anglais* : « *Housing Health and Safety Rating System* », *HHSRS*).

Sur le plan local, en fin 2023, le ministère en charge des solidarités a conclu une convention avec la MSHP pour l'élaboration d'un rapport d'étude intitulé « *Vieillir en Polynésie française : dépendance, retraite, système de solidarité* » qui vise à compléter et à approfondir l'état des connaissances sur les enjeux sociaux du vieillissement démographique ainsi que sur les limites du modèle actuel en matière de prise en charge de la vieillesse sur le territoire. L'étude comprend deux volets :

- la prise en charge médicosociale et la structuration de l'offre publique en matière de vieillesse ;
- la prise en charge domestique de la vieillesse à l'épreuve des transformations de la solidarité familiale.

D'après le recensement de la population polynésienne en 2022, le confort sanitaire de base¹⁶ est acquis pour 91 % des résidences principales en Polynésie française, hors Tuamotu-Gambier.

2- Le respect de la dignité de la personne âgée

¹⁶ On définit par défaut un logement sans confort s'il manque l'une des aménités suivantes : salle d'eau, cuisine ou WC intérieur ; on peut y ajouter l'accès à l'eau chaude (*par gaz, électrique ou solaire*).

La dignité humaine revêt une dimension constitutionnelle, déduite par le Conseil constitutionnel du Préambule de la Constitution de 1946¹⁷ qui dispose qu' « *au lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine, le peuple français proclame à nouveau que tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés* ». Cette interprétation des dispositions constitutionnelles a été opérée par le juge constitutionnel dans trois décisions relatives à la bioéthique. Dans la première, en date du 27 juillet 1994, le Conseil a statué que « *la sauvegarde de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation est un principe à valeur constitutionnelle* ».

En outre, le Conseil d'État, dans un arrêt d'assemblée du 27 octobre 1995, Commune de Morsang-sur-Orge, a statué que le respect de la dignité de la personne humaine est une des composantes de l'ordre public, ce qui signifie qu'il n'est pas nécessaire qu'il figure dans une norme écrite pour s'imposer à tout un chacun.

Au niveau international, le Pacte international des droits civils et politiques en son préambule, énonce « *la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine* ».

En 2021, l'OMS a mis en place la décennie pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030), qui vise à réunir tous les acteurs de cette politique publique (*gouvernements, société civile organismes internationaux, professionnels, etc.*) afin de mener « *une action concertée, catalytique et de collaboration en vue d'améliorer la vie des personnes âgées, de leurs familles et des communautés dans lesquelles elles vivent* ».

Réunis autour du programme de développement durable à l'horizon 2030, les pays membres de l'OMS se sont engagés à œuvrer pour que « *tous les êtres humains puissent réaliser leur potentiel dans des conditions de dignité et d'égalité et dans un environnement sain* ».

Le droit au respect de la dignité est un principe figurant à l'article L. 1110-2 du code de la santé publique.

Les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent se prévaloir des dispositions de conventions européennes et internationales qui reconnaissent la dignité humaine, et notamment la convention européenne des droits de l'homme, qui dispose que « *la dignité humaine doit être respectée* », mais aussi la déclaration universelle des droits de l'homme, qui dispose que « *tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits* ».

De plus, la dignité est reconnue par la convention relative aux droits des personnes handicapées, dont l'un des principes généraux est « *le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes* ».

La convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine¹⁸ est une Convention cadre visant à protéger la dignité et l'identité de tous les êtres humains et à garantir à toute personne,

¹⁷ Le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 fait partie intégrante du bloc de constitutionnalité, à l'instar de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen et de la Charte de l'environnement.

¹⁸ Traité du Conseil de l'Europe

sans discrimination, le respect de son intégrité et de ses autres droits et libertés fondamentales à l'égard des applications de la biologie et de la médecine. Cette Convention est le seul instrument juridique international contraignant pour la protection des droits humains dans le domaine biomédical.

Ainsi, le concept de la dignité humaine, repris dans les textes précités, est un élément central de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, car il est difficile de respecter la dignité d'une personne, lorsque l'on est amené, par exemple à procéder à des actes touchant à l'intimité de la personne âgée. Les membres de la mission d'information ont ainsi constaté, notamment dans certaines îles, que des enfants de sexe masculin se chargeaient de la toilette de leur ascendant de sexe féminin, en l'absence d'aide d'un professionnel, ce qui peut constituer une atteinte à la dignité de la personne gardée.

Lors de son audition, la vice-présidente en charge des solidarités a évoqué son plan de dignité humaine, qui vise à redonner la dignité aux personnes vulnérables, parmi lesquelles les personnes âgées.

B-L'exemple de la vie dans les îles éloignées : un gage de longévité et de bonne santé

Dans les îles éloignées, les membres de la mission d'information ont constaté un mode de vie sain, qui semble pouvoir être corrélé à la bonne santé générale de la population. Ce mode de vie rappelle en outre celui de la société traditionnelle, de type communautaire plus qu'individualiste.

a- Un mode de vie sain pour un corps sain

Le mode de vie constaté dans les îles éloignées comprend une alimentation endogène plus saine, associée au recours à la médecine traditionnelle, beaucoup plus fréquent dans ces îles en raison de la distance avec le système de santé publique.

1- Une alimentation saine et des activités physiques quotidiennes

Au niveau européen, l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (*Survey of Health, ageing and retirement in Europe - SHARE*) a été lancée en 2002. Ce projet s'intéresse aux interactions entre les facteurs économiques, physiologiques, psychologiques et sociaux. Il est devenu en 2011 un consortium d'infrastructures de recherche européen.

Au niveau local, en 2019, l'ISPF a rendu publique une étude relative aux comportements alimentaires en Polynésie française qui a révélé que les habitudes alimentaires divergent en fonction des archipels et du mode de vie associé. En effet, l'apport énergétique total (AET) des Australes et des Marquises est supérieur, respectivement de 15 % et 35 % par rapport à la moyenne. Les îles Marquises ont l'apport en fibres alimentaires le plus élevé, s'expliquant par la consommation de bananes, *uru* et mangues. Aux Tuamotu-Gambier, l'apport en fibres alimentaires est le plus faible observé notamment s'agissant des « *fruits locaux à noyaux* », trois fois inférieur à la part globale.

L'étude a également mis en exergue des modes alimentaires qui divergent en fonction de la catégorie socio-professionnelle des individus, par exemple s'agissant de la consommation de glucides : celle-ci est plus importante chez les ménages à revenus modestes.

En moyenne, 40 % de la population polynésienne a un comportement alimentaire à risque.

Si l'OMS a déjà mis en lumière les risques liés aux produits transformés, notamment industriels, une étude espagnole publiée dans le *American journal of clinical nutrition* a mis en avant le fait que la consommation de sucres ajoutés provenant de produits industriels entraîne un syndrome de fragilité chez les personnes âgées.

La CPS propose un accompagnement éducatif sur la gestion des besoins alimentaires, en partenariat avec la Croix-Rouge. 40 familles ont ainsi pu bénéficier d'un tel accompagnement au titre de 2023.

En octobre 2023, la Direction de la santé a rendu publiques ses recommandations officielles pour « vieillir en bonne santé »¹⁹. Parmi les axes de ce document, celui de l'alimentation. En effet, il rappelle qu'une alimentation équilibrée est essentielle pour vieillir en bonne santé et qu'elle contribue à lutter naturellement contre certaines maladies comme les maladies cardio-vasculaires ou les cancers.

Il indique en outre qu'avec l'âge, il est fréquent que les personnes âgées aient une diminution de la soif et du sentiment de satiété. Cela nécessite une vigilance par l'entourage car la dénutrition et / ou la déshydratation peuvent rapidement s'installer. Elles se traduisent par une perte de poids et une somnolence. Il est recommandé de se peser régulièrement.

Enfin, le document précise qu'avec l'âge, les besoins en protéines sont plus importants (*1 à 1.2 g/kg versus 0.8 pour un adulte*) en raison de la diminution des réserves nutritionnelles, amoindries par la fonte musculaire liée au vieillissement. Pour répondre à ces besoins, il est essentiel d'enrichir l'alimentation avec des produits de base (*ex : lait de coco, jaune d'œuf, fromage*).

Dans le cadre des auditions menées au cours de la présente mission d'information, il a été mis l'accent sur l'importance d'une alimentation saine, notamment par les représentants de l'ARASS, les spécialistes de santé, mais aussi par les familles elles-mêmes.

La question a davantage été évoquée aux Marquises où certains *matahiapo*, en pleine forme, décrivaient leur régime alimentaire exclusivement composé de produits de la pêche, de la chasse et du *fa'a'apu*. Les aidants ont eux aussi indiqué que lorsque les *matahiapo* ne mangent pas comme ils devraient, « *ils partent vite* ».

¹⁹ Destiné aux professionnels médicaux et paramédicaux des subdivisions de santé et des formations sanitaires de la Direction de la santé, ce guide a pour objectif de permettre aux professionnels de santé d'accompagner l'optimisation des capacités intrinsèques des individus, selon une approche intégrée et centrée sur la personne.

En outre, il a été évoqué à plusieurs reprises l'impact positif d'une vie centrée sur la nature, notamment avec le travail quotidien dans le *fa'a'apu*, qui maintient la personne âgée en forme.

2- Le recours à la médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle polynésienne intéresse de nombreux scientifiques depuis des années.

Dès 1960, une thèse soutenue par Paul Pétard mettait en exergue les ptéridophytes et monocotylédones utiles de la Polynésie française. Les éléments scientifiques de cette thèse ont été repris dans son livre intitulé « *Plantes utiles de Polynésie et Raau Tahiti* », donnant ainsi une dimension scientifique au savoir traditionnel.

En 2022, l'Institut de recherche pour le développement (IRD) s'est intéressé aux remèdes traditionnels servant à soigner les enfants dans le Pacifique.

Les 10 et 11 octobre 2024, la Maison des sciences de l'homme du Pacifique (MSHP) a organisé un colloque sur le thème « *Les Polynésiens face aux maladies : santé et soins de la période pro-européenne au covid-19* ». Ce colloque avait pour objet la restitution du programme de recherche « Rési-Poly » qui a mis en exergue que la moitié des natifs polynésiens a recours chaque année aux remèdes traditionnels.

Un médecin de l'hôpital a ainsi témoigné qu'un gros travail de fond a été fait pour arriver à une labellisation par le Pays, pour s'approprier le concept de néo-tradipraticien tel qu'il a déjà été posé au CHPF, c'est-à-dire quelqu'un qui instaure le dialogue entre la population et les professionnels de santé.

Le rapport « Vieillir en famille. Une sociologie des risques sociaux associés au *care* familial en Polynésie française » rappelle que dans les îles moins desservies en services médicaux et sociaux, « *il n'est pas rare que les personnes âgées habitant les îles non médicalisées préfèrent, lorsqu'elles sont malades, opter pour les remèdes de la médecine dite traditionnelle, refusant régulièrement l'évasan vers Tahiti ou la métropole par peur de mourir loin des siens et de chez soi* ».

Ce même rapport rappelle l'attachement très fort des Polynésiens à leur terre.

La mission d'information a dressé le même constat dans les îles les plus éloignées, avec un refus parfois catégorique de la part du *matahiapo*, de partir en évacuation sanitaire.

Une personne en situation de dépendance, vivant dans une vallée reculée d'Ua Pou, a manifesté le souhait de pouvoir bénéficier de massage traditionnel (*taurumi*), en l'absence d'un membre de la famille disposant de ce savoir. En outre, aucun spécialiste ne se déplace à son domicile : qu'il s'agisse d'infirmiers, de médecins ou de spécialistes tels que les kinésithérapeutes. Il appartient par conséquent à cette personne alitée de faire deux heures de route sinueuse pour accéder à des soins conventionnels. L'accès aux soins relevant de la médecine traditionnelle est quant à lui inexistant, malgré un fort souhait d'y recourir, en l'absence de traitement idoine permettant d'apaiser ses douleurs.

À Ua Huka, une personne âgée, atteinte d'un cancer, en perte d'autonomie physique et dont le mari s'occupe sans aucune rétribution financière, a tenu à témoigner des bienfaits de la médecine traditionnelle et notamment du *taurumi*, qui a eu un impact très significatif sur l'amélioration de son état de santé, et notamment l'apaisement de ses douleurs.

b- Un mode de vie communautaire

La société polynésienne de type « *familiariste* » comprend des ménages complexes souvent constitués de plusieurs noyaux familiaux. Ainsi, la famille nucléaire²⁰ reste une exception, de conception urbaine, et la vie associative, notamment culturelle, fait partie du quotidien de ces populations.

1- Des familles rarement nucléaires

Si l'on parle souvent des *matahiapo* et de la perte d'autonomie qui les frappe, le plus souvent suite à la maladie, ce qui est souvent occulté, c'est la famille de cette personne.

L'enquête Feti'i e Fenua, rendue publique en 2022, a tout particulièrement mis en exergue les spécificités polynésiennes en termes de famille. Recueillant auprès de personnes âgées de 40 à 59 ans des informations géographiques, socio-économiques et relationnelles concernant les membres de la famille sur trois générations, elle a permis de reconstituer les déplacements de chacun, les relations entretenues entre les différentes personnes, la dispersion de la famille dans et au-delà du territoire.

Concernant les personnes âgées de 60 ans et plus, l'enquête établit qu'un tiers d'entre elles vivent dans des ménages complexes c'est-à-dire composés d'une famille et au moins une personne seule ou de plusieurs familles avec ou sans personne seule.

En outre, 13 % des personnes âgées vivent seules, contre 22 % avec leurs enfants, 11 % avec leurs petits-enfants et 17 %²¹ avec leurs parents.

L'étude a en outre révélé que cohabiter avec un parent dépendant est plus fréquent dans les subdivisions périphériques (éloignées).

Près d'un tiers (32 %) a des contacts quotidiens avec leurs parents. 32 % ont des contacts chaque semaine. Le dernier tiers déclare des contacts moins fréquents : 21 % ont des contacts entre une fois par semaine et une fois par mois, 7 % une à trois fois par an, 4 % moins d'une fois par an, 3 % jamais et 1 % ne sait pas répondre.

Ceux résidant à proximité de leurs parents sont plus fréquemment en contact avec ces derniers : 94 % sont en contact quotidien ou hebdomadaire lorsqu'ils vivent à côté, contre 59 % lorsqu'ils vivent ailleurs. Cet écart est d'autant plus marqué pour les contacts quotidiens (87 % contre 24 %).

Le recensement de la population polynésienne en 2022 apporte le chiffre de 43 % de la population polynésienne vivant au sein de ménages complexes.

²⁰ La famille nucléaire correspond à une cellule familiale composée de deux parents et de leurs enfants.

²¹ À titre comparatif, dans l'Hexagone, ce taux est de 7 %.

Les travaux de la mission d'information ont confirmé cette conception de la famille, avec des familles composées de plusieurs noyaux familiaux et des aidants majoritairement appartenant à la famille de la personne aidée.

Lorsqu'on demande à des personnes âgées encore en pleine autonomie qui elles voudraient avoir comme aidant, elles répondent sans hésitation le *mo'otua*.

Demeurent des disparités dans la conception du lien familial, en fonction du rang social des familles. On remarque même, dans les îles éloignées, que les personnes aisées sont plus orientées vers le travail. En raison de cela, les *matahiapo* n'attendent rien de leur enfant, et cette situation semble normale pour toute la famille.

Dans le cadre des missions effectuées, les membres ont constaté au cours des visites à domicile que les personnes vivaient souvent sur un terrain familial, avec les frères et sœurs voisins, facilitant des contacts réguliers, voire quotidiens.

À côté de cela, les familles plus modestes maintiennent un lien familial très fort et refusent d'accepter qu'un tiers prenne en charge leurs parents. Ils estiment qu'il leur appartient de rendre ce que ces derniers ont fait pour eux.

2- Une vie associative dynamique, notamment s'agissant des confessions religieuses

Le tissu associatif a toujours été très dynamique en Polynésie. Dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, les associations jouent un rôle déterminant dans l'accompagnement de ces dernières. On retrouve cet engagement associatif dans les îles, mais l'on constate principalement un lien particulier entretenu avec les confessions religieuses, qui jouent encore aujourd'hui un rôle prédominant dans la vie de la société, notamment chez les personnes âgées.

À Bora Bora, c'est une association, *Te Tama e Te mau Matahiapo*, qui est en charge de l'organisation de la fête de Noël des *Matahiapo*, organisée annuellement dans les écoles de l'île et permettant un échange intergénérationnel, avec le soutien logistique et financier de la commune.

Ce schéma de portage de projet permet à la commune d'intervenir sans pour autant outrepasser ses compétences. En effet, la CTC a souvent pointé du doigt le fait que les communes intervenaient en dehors de leur champ de compétence. Une spécificité de cette île est que les hôtels mènent des actions caritatives, notamment en faveur des personnes âgées, et font également des dons.

Aux Marquises, il a été souvent rappelé que ce sont principalement les confessions religieuses qui organisent des événements en faveur des personnes âgées, et notamment des rassemblements, des repas, voire des voyages.

C'est ainsi que Madame la vice-présidente, en charge des solidarités, a d'ores et déjà annoncé qu'elle n'envisageait pas de travailler sans le concours de cette force vive qui fait partie du quotidien de nombreux Polynésiens. Lors de son audition, elle a rappelé son intention de travailler avec toutes les confessions religieuses, pour l'organisation d'actions collectives mais aussi pour la construction d'infrastructures et la gestion de ces dernières.

Ce lien très étroit entre l'institutionnel et le religieux est permis par le fait que la loi de séparation des Églises et de l'État de 1905 n'est pas applicable en Polynésie. Cela permet d'avoir une conception beaucoup plus large du principe constitutionnel de laïcité, à l'échelle locale, et de tenir compte de cette spécificité relative à l'omniprésence des confessions religieuses, qui bien souvent se substituent au Pays dans l'exercice de missions d'intérêt général, au travers de subventions permises par le décret-loi du 16 janvier 1939 modifié instituant outre-mer des conseils d'administration des missions religieuses.

IV- Préconisations

1- Axer la politique de prise en charge des *matahiapo* sur leur bien-être quotidien

Les membres de la mission d'information préconisent d'axer la politique publique de prise en charge des *matahiapo* sur le bien-être, en passant notamment par un accompagnement médicosocial plus soutenu.

En outre, les membres préconisent au gouvernement de soutenir les initiatives de création de centres d'accueil de jour, afin de maintenir la personne âgée dans des interactions sociales.

La formation des aidants est un impératif pour que ces derniers puissent disposer des savoirs et compétences requis pour assurer la garde d'une personne en perte d'autonomie.

Une meilleure communication des dispositifs d'aide à l'amélioration de l'habitat doit être opérée par les pouvoirs publics, afin de diminuer la distance qui sépare l'utilisateur de l'administration.

Les membres recommandent de veiller à l'entretien courant du domicile des personnes dépendantes, afin que ces dernières puissent bénéficier d'un environnement agréable, avec des espaces verts qui favorisent le bien-être.

2- Améliorer la prise en charge sanitaire des personnes âgées en perte d'autonomie

L'accès aux soins reste disparate dans l'ensemble de la Polynésie et cela passe nécessairement par un renforcement des moyens, notamment humains, des personnels de santé publique, mais aussi en favorisant la formation de personnels médicosociaux.

Les auditions ont fortement mis en lumière l'attachement du Polynésien à sa terre, élément central de la culture polynésienne, qui explique que certains *matahiapo* préfèrent parfois mourir sur leur île que de partir à Tahiti pour bénéficier des soins adéquats. C'est pourquoi la médecine de proximité doit être privilégiée. Si le patient ne peut accéder aux soins, il appartient à la santé publique de lui apporter cet accès aux soins,²² tout en tenant compte de ses besoins propres.

²² Le droit à la protection de la santé est un objectif à valeur constitutionnelle qui découle du Préambule de la Constitution de 1946.

L'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946 prévoit que "[La Nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence."

Ainsi la lutte contre les déserts médicaux doit être une priorité afin de développer l'accès aux soins dans les archipels.

L'amélioration de cette prise en charge passera nécessairement par la structuration d'une véritable filière de gérontologie en Polynésie.

3- Tenir compte de l'appartenance culturelle des personnes âgées

Les membres de la mission d'information préconisent de soutenir davantage et développer la médecine traditionnelle, dont les vertus, déjà connues des Polynésiens depuis des siècles, sont désormais connues à l'échelle internationale. En outre, les *matahiapo* sont des vecteurs de transmission des savoirs intergénérationnels parmi lesquels la médecine traditionnelle, mais également les activités artistiques de vannerie, de sculpture, *tapa* et autres éléments fondamentaux de la culture polynésienne. Ces compétences et savoirs doivent être transmis pour ne pas être perdus, dans cette époque de mondialisation et d'urbanisation généralisée.

En outre, les nuances culturelles, en fonction des archipels, doivent être prises en compte. En effet, le mode de vie et l'expression culturelle aux Tuamotu-Gambier n'est pas comparable à ceux des Marquises par exemple. La démographie, la langue, les pratiques culturelles divergent et il est impérieux de tenir compte de chacune des spécificités des archipels, voire de chaque île²³, lors de la mise en place d'un cadre normatif ou la mise en œuvre d'une politique publique.

Ainsi, la mission d'information préconise de développer des lieux communautaires pour permettre aux personnes âgées de s'occuper, se socialiser et transmettre leurs connaissances.

Elle préconise en ce sens de maintenir les efforts pour que les personnes âgées puissent rester dans leur île.

4- Renforcer le personnel chargé de l'instruction des dossiers concernant les personnes âgées en perte d'autonomie.

La DSFE fait face à une saturation de son personnel et rencontre des difficultés à accompagner les demandeurs d'aides.

Il est proposé de renforcer le nombre d'agents pour permettre un meilleur accompagnement dans la constitution des dossiers.

Les membres de la mission d'information invitent également les agents à privilégier une démarche d'accompagnement lorsque les dossiers sont mal constitués, avec des explications claires quant aux motifs de refus des dossiers.

5- Faciliter l'accès aux aides à l'aménagement liées à la perte d'autonomie

²³ Par exemple aux Marquises, chacune des îles dispose de spécificités culturelles et les habitants d'une île à l'autre ont des modes de vie similaires, mais comportant des nuances notamment s'agissant de la langue et des pratiques culturelles.

Les dispositifs d'aide à l'aménagement sont partagés entre l'OPH, la CPS et la DSFE.

Il est proposé d'harmoniser les dispositifs en les rassemblant auprès d'un guichet unique et de faire reconnaître l'urgence sanitaire des demandeurs. L'AAHI gérée par l'OPH représente le plus grand budget pouvant accompagner des aménagements mais l'office est saturé par les demandes : il faut attendre en moyenne 20 mois pour bénéficier de l'aide.

Concernant les aides sociales, les budgets pour l'aménagement des foyers sont limités et ont des règles différentes de l'OPH.

Il est proposé de créer une catégorie d' « urgence sanitaire et sociale » pour les demandes d'aménagements liés à la santé, notamment dans le cadre d'une perte d'autonomie chez les personnes âgées, afin de répondre plus rapidement aux demandeurs.

6- Faire adopter une réglementation relative aux unités de vie adaptée aux spécificités polynésiennes

Les personnes auditionnées de tous horizons professionnels sont unanimes : les EHPAD ne représentent pas une solution adaptée à la Polynésie. L'idée de favoriser les structures de taille humaine est en effet partagée par l'ensemble des personnes auditionnées.

Il est donc préconisé d'adopter une réglementation sur les unités de vie, celle-ci devant être souple pour ne pas mener à la fermeture des établissements existants tout en garantissant les droits fondamentaux des personnes accueillies. En outre, le Pays devra accompagner les structures dans la mise en conformité de leurs bâtiments, et lancer les travaux de rénovation du Fare Matahiapo (anciennement CAPA).

Dans un premier temps, il conviendrait de prévoir des dispositions d'application de la délibération n° 2003-15 APF du 9 janvier 2003 portant réglementation des établissements et services médico-sociaux pour que cette délibération puisse pleinement produire ses effets.

7- Harmoniser l'ensemble des textes concernant l'accès aux tierce personnes, aidant feti'i et garde par un proche pour les *matahiapo* en perte d'autonomie.

Les textes encadrant l'aidant feti'i n'ont pas pris en compte la réforme des retraites de 2019, ainsi sont éligibles les personnes âgées de plus de 60 ans relevant des trois régimes (RSPF/RNS/RGS) et non les bénéficiaires du FSR, soit les retraités. Il est nécessaire de clarifier ce dispositif car celui-ci doit permettre l'accompagnement de toute personne en perte d'autonomie notamment les personnes âgées, retraitées ou non.

La règle devrait être la même pour les trois régimes. Il est nécessaire d'harmoniser l'ensemble des dispositifs supportés par les différents fonds d'action sociale. Il est proposé de développer l'accès à la formation des accompagnants (tierce personne, aidant feti'i, garde par un proche).

Aujourd'hui, il faut simplifier l'accès aux aides sociales et sanitaires.

8- Aider les personnes âgées en perte d'autonomie par la création d'une branche dépendance de la PSG

Face aux dépenses que rencontrent les personnes âgées en perte d'autonomie, il est proposé de créer de nouvelles aides aux revenus.

Concernant directement les personnes âgées en perte d'autonomie, il est proposé de créer une allocation spécifique dénommée ainsi : allocation personnalisée d'autonomie (APA) comprenant :

- **un droit universel** pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie ;
- **un droit égal**, le montant de la prestation sera le même sur tout le territoire, à revenu et perte d'autonomie identique
- **un droit personnalisé pour une allocation sur mesure**, une modulation de l'allocation en fonction du degré de perte d'autonomie dans le cadre de plans d'aide individualisés, et en fonction des ressources

L'APA doit permettre à toute personne âgée d'au moins 62 ans en perte d'autonomie, résidant en Polynésie de façon stable et régulière, de bénéficier de toutes les aides nécessaires pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne (*déplacement, toilette...*) qu'elle vieillisse chez elle ou qu'elle soit hébergée en maison de retraite.

Cette allocation peut être associée à l'ouverture d'une nouvelle branche, la branche dépendance, financée par les cotisations et la fiscalité, intégrant ainsi un nouveau risque qu'entend couvrir la Protection sociale généralisée.

Cette allocation pourrait être en complément d'une pension de retraite ou du *moni ruau* afin d'atteindre un seuil minimum de revenu permettant d'assurer la dignité et de supporter les dépenses créées par la perte d'autonomie pour une personne âgée. Cela vise à réorienter l'allocation adulte handicapé (AAH) évaluée par la COTOREP, exclusivement vers la dimension professionnelle.

9- Lutter contre l'isolement des personnes âgées et favoriser la reconnaissance des aidants

Concernant les aidants, plusieurs pistes sont proposées pour améliorer leurs reconnaissances et leur présence auprès de l'aidé.

Les membres de la mission d'information préconisent de diffuser une liste à jour des aidants, à l'instar des professions médicales.

Ils recommandent en outre de soutenir les aidants, par des dispositions à insérer au sein du code du travail, pour les employés du secteur privé, et du statut de la fonction publique, pour les fonctionnaires du Pays, visant à l'instauration d'un quota de jours d'autorisations d'absences exceptionnelles au profit d'aidants en activité professionnelle, à l'instar de la garde d'enfant malade pour le secteur privé ou des événements de type mariage ou naissance/adoption, pour les agents de droit public ayant pour finalité le maintien du revenu.

En ce sens, il est proposé aussi de mettre en place un système de modulation des heures de travail pour tous salariés, fonctionnaires ou non-salariés proche de la retraite.

Cette modulation vise à garantir la rémunération des individus tout en libérant du temps afin que ceux-ci puissent accompagner leur proche parent.

L'indemnité correspondant au dispositif aidant feti'i devrait être revue, en compensant sur la branche dépendance, avec la différenciation entre assistance et suppléance, qui correspond en outre à la classification établie par la COTOREP (AC1 et AC2), ceci afin de tenir compte des différences dans la nécessité de prise en charge, qui requiert une disponibilité plus ou moins importante de la part de l'aidant.

Enfin, au-delà des ajustements ci-dessus, il est proposé la création d'une allocation universelle de type revenu minimum universel²⁴, pour toute personne sans activité qui prendrait en charge un ascendant ou descendant dans le besoin, qui permettrait de réduire la fracture sociale trop importante en Polynésie française, mais aussi de valoriser le travail que représente celui d'élever un enfant ou de prendre soin d'un ascendant en perte d'autonomie.²⁵

Dans le même esprit que le revenu minimum d'insertion mis en place en France en 1989, il est nécessaire d'assurer un revenu minimum à la population pour garantir l'accès à la dignité. Beaucoup de foyers ne peuvent répondre à l'obligation alimentaire et ce sont souvent les ascendants qui représentent la principale source de revenus du foyer. Ce revenu minimum universel permettra d'exercer une meilleure solidarité au sein du cercle familial.

Au-delà de l'insertion, l'enjeu est de garantir la solidarité et la cohésion familiale au sein de notre modèle de société.

Dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, si les descendants peuvent bénéficier d'un revenu minimum, ils ne seront pas contraints de prendre trop de distance avec leurs proches et pourront les assister notamment dans les territoires les plus pauvres. Il est difficile aujourd'hui pour beaucoup de foyers précaires d'assurer l'obligation alimentaire fixée par les articles 205 et 206 du code civil. S'agissant du financement, il est proposé de rassembler l'ensemble des aides existantes en un guichet unique facilitant l'accès au dispositif avec un interlocuteur administratif unique.

Ce dispositif, à terme, remplacerait le dispositif d'aidant feti'i par l'attribution d'une allocation pour toute personne sans activité et ayant un ascendant ou un descendant à charge, permettant d'orienter le dispositif aidant feti'i vers une modulation du temps de travail pour les individus ayant une activité rémunératrice suffisante, dégageant ainsi de la disponibilité et le maintien du revenu sans contraindre l'individu à choisir entre sa disponibilité et sa carrière.

Il s'agirait ainsi d'une contribution à la société pour laquelle serait rétribuée la personne aidante. Cela permettrait en outre de limiter le recours aux aides sociales afin de libérer du temps aux travailleurs sociaux, leur permettant, plutôt que d'effectuer des tâches administratives relatives à l'octroi d'aides sociales diverses, de se recentrer sur leur cœur de métier : l'accompagnement social.

²⁴ Il est impératif de réfléchir à la mise en place d'un tel revenu minimum, qui permettra de valoriser la solidarité familiale, tout en mettant en avant le rôle crucial des personnes qui consacrent leur vie à l'éducation de leur enfant ou la prise en charge de leur ascendant dans le besoin. Il permettra à chacun de satisfaire à l'obligation alimentaire résultant des dispositions normatives applicables en Polynésie française.

²⁵ La vice-présidente en charge des solidarités lors de son audition a d'ailleurs soutenu cette proposition, dès lors que celle-ci permet d'aider les familles, ce qui demeure l'objectif premier.

10- Adapter de manière solidaire la fiscalité aux ménages complexes

Afin de garantir la cohésion familiale auprès des ménages complexes (*la société polynésienne de type « familiariste » comprend des ménages complexes souvent constitués de plusieurs noyaux familiaux. Ainsi, la famille nucléaire reste une exception, de conception urbaine, et la vie associative, notamment culturelle, fait partie du quotidien de ces populations*), il est proposé d'intégrer la notion de charge de famille dans le calcul de la CST afin de réduire l'impôt auprès des personnes assurant des revenus (*salariés ou autres*) au sein du foyer ayant des descendants ou ascendants à charge, l'objectif étant la reconnaissance par le Pays de l'engagement et de l'effort financier des individus ayant à charge des descendants ou des ascendants au sein du foyer par une réduction de la contribution.

Voici les quelques préconisations que la mission d'information a l'honneur de proposer en conclusion de ce rapport. La question des personnes âgées en perte d'autonomie a interrogé les élus de l'Assemblée de la Polynésie Française sur le modèle de solidarité en vigueur. La mission a pu conclure que la dépendance est aujourd'hui mal reconnue au sein de notre système de sécurité sociale et qu'elle manque d'une stratégie de politique publique ambitieuse.

Notre société Polynésienne doit garantir un accompagnement digne pour chacun. Les *matahiapo* ont une place importante dans la cohésion de la société polynésienne, nous devons leur garantir la dignité. Les membres de la mission d'information espèrent que ces travaux sauront participer au développement du système de solidarité polynésien par une meilleure prise en charge de nos aînés et des personnes en perte d'autonomie.

Remerciements

Les membres de la mission d'information remercient chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport d'information, et notamment :

- M^{me} Minarii GALENON-TAUPUA, vice-présidente, ministre des solidarités, en charge de la famille, de la condition féminine, des personnes non autonomes et des relations avec les institutions ;
- M^{me} Josiane BONNET, responsable technique de la cellule COTOREP à la DSFE ;
- M. Louis Marie HALLEREAU, juriste à la DSFE ;
- M^{me} Hani TERIIPAIA, directrice de l'ARASS ;
- M^{me} Merihere WILLIAMS, directrice adjointe de l'ARASS ;
- M^{me} Mereana TEHOIRI, présidente de l'association AHO TO TEINA ;
- M^{me} Sandrine MARE, trésorière adjointe de l'association AHOT TO TEINA ;
- M^{me} Claude PIRITUA, formatrice à l'association FARE ALAKAI ;
- M^{me} Sabine BUCHMANN, directrice de HUMA MERO ;
- M^{me} Emma VANAA, adjointe au maire de Faa'a, en charge de la solidarité et des personnes âgées et présidente du contrat de ville de l'agglomération de Papeete ;
- M^{me} Michèle MURE, directrice de la maison de retraite « Les Nymphéas » ;
- M^{me} Catherine ROSIER, infirmière libérale ;
- M. Stéphane MELLADO, infirmier IDE, directeur de IAT ;
- M. Tahuhu MARAEURA, maire de Rangiroa ;
- M. Alounge TCHONG, chef de la police municipale de Rangiroa ;
- M. Manuia TAHITO-TERAI, agent de police municipale de Rangiroa ;
- M. Christophe TAORAU, sapeur-pompier volontaire de Rangiroa ;
- M^{me} Paaai TIARE, huitième adjointe au maire de Rangiroa ;
- Mme Martine TETUA, première adjointe au maire de Rangiroa ;
- M. Heimoana GFELLER, chef des sapeurs-pompiers de Rangiroa ;
- Mme Marion MESSIALLE, infirmière libérale ;
- Mme Apolline MAUXION, infirmière libérale ;
- M. Tapu-Arii TETIHIA ;
- M^{me} Rose TETIHIA, mère au foyer ;
- M^{me} Mata ANI-CADOUSTEAU, mère au foyer ;
- M^{me} Rauhei ARIIHOHOA, mère au foyer ;
- M. Gaston TONG SANG, maire de Bora Bora ;
- Mme Nélia TCHE, deuxième adjointe au maire de Bora Bora, en charge des personnes âgées ;
- M. Cédric VAHIMARAE, chef de projet de l'association TE FARE HIROA NO VAVAU, membre fondateur (Bora Bora) ;
- M. Anatole TAURAAITEPO, membre de l'association TE FARE HIROA NO VAVAU (Bora Bora) ;
- M^{me} Erika MAHAI, première vice-présidente de l'association TE TAMA E TE MAU MATAHIAPO (Bora Bora) ;
- Mme Sailali VIRITUA, deuxième vice-présidente de l'association TE TAMA E TE MAU MATAHIAPO (Bora Bora) ;
- M^{me} Hutiti TAPI, trésorière adjointe de l'association TE TAMA E TE MAU MATAHIAPO (Bora Bora) ;
- M. Fernand TAHIATA, Maire de Tubuai et son Conseil municipal ;
- M^{me} Rachel TAU, secrétaire générale de la circonscription des îles Australes (*ancienne Tavana Hau des îles Australes*) ;
- M^{me} Patricia ANANIA, responsable de la subdivision santé des îles Australes ;

- M^{me} Teipotemarama TAHIATA, tierce personne, porteur d'un projet d'accueil de jour ;
- M. Nestor OHU, maire de Ua Huka ;
- M. Benoît KAUTAI, maire de Nuku-Hiva ;
- M. Joseph KAIHA, maire de Ua Pou et son personnel ;
- M. Naiki PUHETINI, responsable du pôle administratif de l'hôpital Louis Rollin ;
- M^{me} Véronique TAMARII, subdivisionnaire santé des îles Marquises ;
- M^{me} Caroline TAMARII, infirmière à l'hôpital Louis Rollin ;
- M^{me} Paloma MAIARII, présidente de Polynésie ALZHEIMER ;
- M^{me} Poema BENNETT, vice-Présidente de Polynésie ALZHEIMER ;
- M^{me} Jacqueline LIONET, membre d'honneur de Polynésie ALZHEIMER ;
- M Jean Paul AITA, directeur des prestations de la PSG à la CPS ;
- M^{me} Julia CHING, cheffe du service retraite à la CPS
- M^{me} Chloé NALLET, cheffe adjointe du service prestations aux familles à la CPS ;
- M. Georges NAHEI, responsable de la circonscription de Papara- Teva I Uta.

Les membres de la mission d'information remercient plus particulièrement les *matahiapo* et les aidants qui ont bien voulu apporter leur témoignage, mais aussi nous accueillir dans leur foyer.

Māuruuru roa pour votre collaboration et pour ces échanges riches en informations mais aussi et surtout en émotions. Merci de nous avoir ouvert les portes de votre maison et celles de votre cœur. Vos témoignages poignants, emplis d'amour, d'espoir et d'abnégation, nous donnent foi en un avenir meilleur.

Les membres adressent tous leurs remerciements et leurs encouragements aux personnes qui œuvrent chaque jour pour la construction d'une société plus inclusive et la prise en compte de chacune des différences, qui constituent la richesse de notre peuple.

Sources

:

- Auditions de la mission d'information
- Visites de la mission d'information
- Rapport d'évaluation du système de protection sociale et de santé de 2019
- Rapport CTC sur la gestion de la collectivité de la Polynésie française au titre de la politique sociale pour les exercices 2016 jusqu'à 2022
- Sociologie des violences domestiques, les violences envers les personnes âgées et handicapées gardées à domicile en Polynésie Française. Lauriane DOS SANTOS, Maison des sciences de l'homme du pacifique, UAR 2503 CNRS – UPF
- Faire famille au fenua sociologie de la parenté contemporaine en Polynésie Française. Louise PROTAR, Maison des sciences de l'homme du Pacifique, UAR 2503 CNRS UPF



ASSEMBLÉE DE LA
POLYNÉSIE FRANÇAISE

*Mission d'information
portant sur les personnes
âgées en perte
d'autonomie*

SYNTHESE DES DÉPLACEMENTS

Mission d'information portant sur les personnes âgées en perte d'autonomie

I- Déplacement à Rangiroa du 14 au 15 octobre 2024

Membres de la délégation : M^{me} Rachelle FLORES, M. Félix, Hoa TETUA, rapporteurs, M^{mes} Patricia PAHIO-JENNINGS et Pauline NIVA, membres.

➤ Synthèse générale des auditions

Le lundi 14 octobre 2024, lors de leur déplacement à Rangiroa, les membres de la mission d'information ont rencontré plusieurs habitants de la commune, au sein même de leurs foyers, afin d'en apprendre davantage sur l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Ils ont également eu l'occasion de rencontrer plusieurs acteurs intervenant dans la prise en charge de ce public, à la mairie de Tiputa puis à la mairie de Avatoru.

a- Les rencontres des personnes âgées et de leurs aidants, à Tiputa

Au cours de sept visites, il a été observé que les dispositifs d'aide, tels que le dispositif « aidant *feti'i* », n'étaient que très peu connus des familles. Au total, 28 personnes ont été rencontrées au sein de leur foyer à Tiputa.

b- Audition à la mairie de Tiputa

- M^{me} Catherine ROSIER, infirmière libérale
- M. Stéphane MELLADO, infirmier IDE Directeur DIAT
- M. Aloung TCHANC, chef de la police municipal
- M. Manuia TAHITO-TERAI, agent de police
- M. Christophe TAORAU, sapeur-pompier volontaire de Rangiroa
- M^{me} Paai TIARE, 8^e adjointe au maire

Les membres de la mission d'information se sont rendus à la mairie de Tiputa afin d'y mener l'audition de personnes ressources dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

L'infirmier présent explique que depuis quelques temps, un projet de structure d'accueil est en cours pour Tiputa, or les freins à ce projet sont notamment liés au foncier. Les agents municipaux relèvent que le plus gros souci est de bénéficier d'un agent des services sociaux permanent sur Rangiroa, où un travailleur social n'intervient que tous les six mois. Ainsi, il est recommandé qu'un travailleur intervienne deux fois par mois.

En outre, il existe des problématiques liées à l'offre de soins, au transport des patients, et à l'approvisionnement en médicaments sur une partie de l'atoll.

c- Audition à la mairie de Avatoru

- M. Tahuhu MARAEURA, maire de la commune de Rangiroa
- M^{me} Martine TETUA, 1ère adjointe au maire
- M. Heimoana GFELLER, chef des sapeurs-pompier
- M^{me} Marion MESSIALLE, infirmière libérale
- M^{me} Apolline MAUXION, infirmière libérale
- M. Tapu-Arii TETIHIA
- M^{me} Rose TETIHIA, mère au foyer
- M^{me} Mata ANI-CADOUSTEAU, mère au foyer
- M^{me} Rauhei ARIIHOHOA, mère au foyer

Au cours de cette audition ayant débuté à 15 h 18 à la mairie de Avatoru, les membres de la mission d'information ont pu avoir un échange avec le maire de la commune, une partie du personnel communal, des professionnels médicaux, ainsi que des personnes directement concernées par la problématique de la mission d'information.

Ces personnes ont pu exprimer les difficultés vécues au quotidien dans l'accompagnement de leurs proches en perte d'autonomie. Deux infirmières libérales, qui exercent au plus près de la population, ont relevé les périodes assez fréquentes de ruptures à la pharmacie, notamment de couches. L'absence de service social au niveau de la commune, malgré l'augmentation de sa population, a été déplorée.

Une des aidantes présentes lors de l'audition exprime le besoin pour les personnes âgées et leurs familles de bénéficier d'un centre pour personnes âgées, où celles-ci pourraient se réunir, faire des activités ensemble : chanter, jouer de la musique ou encore créer des œuvres d'artisanat. Le maire a expliqué que sa demande d'occuper à cet effet une structure relevant du service du tourisme a été refusée.

L'une des infirmières libérales a expliqué qu'il n'était pas possible pour une personne âgée d'être hospitalisée au sein du centre médical, qui n'est prévu que pour des prises en charge ponctuelles, de 3 à 4 heures au maximum. Au-delà, une "évasan" est mise en œuvre.

La nécessité pour les aidants de se former à la prise en charge, aux gestes de premier secours et à la manière de porter en toute sécurité les personnes âgées, a été soulevée.

II-Déplacement à Bora Bora le mercredi 16 octobre 2024

Membres de la délégation : M^{mes} Rachel FLORES, Sylvana TIATO, rapporteuses, et M^{me} Teumere ATGER-HOI, membre

➤ Synthèse générale des auditions

Au cours des différentes rencontres menées dans le cadre du déplacement de la délégation de la mission d'information à Bora Bora, a pu être mise en exergue l'importance de la transmission intergénérationnelle et d'une prise en charge en cohérence avec les valeurs polynésiennes.

Il est ainsi ressorti que le placement de personnes âgées à temps plein dans des centres dédiés ne correspondait pas à l'esprit des îles, où les personnes âgées sont gardées par leur famille au sein des foyers, comme exprimé par les différentes personnes interrogées. Enfin, il a été question du syndrome de glissement pouvant intervenir suite à l'arrêt des activités menées par les personnes âgées, et des nombreuses difficultés qui en découlent.

a- L'association culturelle TE FARE HIRO'A NO VAVAU

- M. Gaston TONG SANG, maire de la commune de Bora Bora
- M. Cédric VAHIMARAE, chef de projet de l'association, membre fondateur
- M. Anatole TAURAAITEPO, membre de l'association, membre fondateur

Créée en 2022, l'association TE FARE HIRO'A NO VAVAU mène des actions de conservation du patrimoine, passant par la transmission intergénérationnelle. L'association organise ainsi des « conseils des sages », qui se tiennent tous les mercredis à la mairie de Bora Bora.

Les membres de l'association ont partagé aux membres de la mission d'information une définition du *Matahiapo*, dans sa dimension culturelle et spirituelle, démontrant l'importance cruciale des aînés au sein de la société polynésienne. L'association encourage ainsi la nouvelle génération à retrouver un lien avec les personnes âgées.

b- L'association TE TAMA E TE MAU MATAHIAPO

- M^{me} Nélia TCHE épouse MAIARII, deuxième adjointe au maire, en charge des personnes âgées
- M^{me} Sailali VIRITUA, deuxième vice-présidente de l'association
- M^{me} Hutiti, Sylviane TAPI, trésorière adjointe de l'association
- M^{me} Erika MAHAI, vice-présidente de l'association

Au moment de l'audition, il était recensé 923 personnes âgées à Bora Bora, dont 234 à Faanui, 195 à Anau et 500 à Nunue. D'après l'association, 35 % d'entre eux sont en perte d'autonomie, principalement due à des pathologies invalidantes telles que le diabète.

L'association préconise une communication et une sensibilisation plus percutantes autour de ces problématiques. L'idée de placer, à temps complet, les personnes âgées dans des centres dédiés apparaît, aux yeux des membres de l'association, en décalage avec la culture polynésienne. Un centre de jour pourrait toutefois être bénéfique.

Concernant le maintien des liens familiaux, celui-ci n'est pas systématiquement maintenu, notamment lorsque l'invalidité est trop grande, les familles finissant par se disputer. L'association préconise la création d'une institution propre aux valeurs polynésiennes, avec la mise en place de formations d'auxiliaires de vie.

c- Rencontre au centre TAURE'A HAU

- M^{me} Phepe TEIOTETARA, directrice du centre
- M. Timi TEIHOTAATA, vice-président de l'association
- M^{me} Vahinerava TUERA, vice-secrétaire de l'association
- M^{me} Jeanne PAITIA, trésorière de l'association
- M^{me} Répéta URAARO, vice-trésorière de l'association

En sortant de la mairie de Bora Bora, les membres de la mission d'information se sont rendus au centre TAURE'A HAU, situé à l'ancien collège de Bora Bora, à Vaitape, accueillant des personnes en situation de handicap. Cette rencontre a été l'occasion de discuter du projet de nouveau centre pouvant accueillir l'association.

d- Rencontre d'un couple de personnes âgées et de leurs proches

Les membres de la délégation ont rencontré une femme âgée de 73 ans en perte d'autonomie. Son mari de 81 ans prend soin d'elle. Cette rencontre a mis en exergue l'importance cruciale du maintien des liens familiaux, mais aussi de la place des activités des personnes âgées, permettant de se maintenir en bonne forme.

III- Déplacement à Tubuai du 30 octobre au 1^{er} novembre 2024

Membres de la délégation : M^{mes} Maite HAUATA AH-MIN, Patricia JENNINGS PAHIO, membres, et Sylvana TIATOA, co-rapporteuse

a- Audition des membres du conseil municipal

Dès leur arrivée, les membres de la délégation se sont rendues à la mairie de Tubuai, afin de rencontrer les membres du conseil municipal.

La question des aides (*notamment pécuniaires*) pour les aidants a été saillante, notamment s'agissant d'une éventuelle augmentation du montant.

Il a été insisté sur la nécessité de divertir les *matahiapo* et sur les difficultés de transport de ces derniers.

b- Audition du Président de l'association des anciens combattants de Tubuai

Les préconisations du président de l'association seraient la création d'une structure qui permette de cibler les personnes âgées dans les îles, le recensement des personnes âgées, au travers d'un classement en AGIR pour le niveau de dépendance.

En fonction des résultats de ce recensement, créer une structure par archipel, étant précisé que la commune est dans cette réflexion pour l'école de Mahu.

c- Audition de Mme Rachel TAU, secrétaire générale de la circonscription des îles Australes (ancienne Tavana Hau des îles Australes)

Lors de cette audition, il a été indiqué que le projet des *fare ora* est une très bonne chose. Toutefois, il est insisté sur la nécessité de travailler sur l'agent qui va représenter l'administration, lequel a besoin d'avoir les bons outils pour accueillir l'utilisateur dans les meilleures conditions, le renseigner, lui expliquer, les choses et saisir les dossiers.

La question du transport a été un sujet saillant, tout comme la nécessité de développer les formations pour la prise en charge des *matahiapo*.

d- Audition de Mme Patricia ANANIA, Subdivisionnaire de la santé

Lors de cette audition, il a été évoqué la problématique du manque de personnel et la nécessaire revalorisation des professionnels de santé.

Il a également été évoqué la nécessité de poser un cadre pour les actes qui sont faits hors des compétences.

e- Audition de Mme Teipotemarama TAHIATA, tierce personne, porteuse d'un projet d'accueil de jour des matahiapo

Lors de cette audition, un projet d'accueil de jour pour personnes âgées a été présenté.

Il a été évoqué les spécificités du métier de tierce-personne et les difficultés rencontrées par les usagers avec l'administration.

➤ **Synthèse des visites des matahiapo à domicile**

Au total, ce sont 8 foyers qui ont reçu la visite de la délégation, représentant 11 *matahiapo*, dont la plus âgée a 96 ans.

De manière générale, une émouvante bienveillance émane des aidants à l'égard de la personne prise en charge. Sur les 8 foyers visités, 4 comprenaient un aidant de sexe masculin. Lorsqu'il leur est indiqué qu'il est surprenant de voir un garçon s'occuper de sa maman, ils répondent très naturellement qu'ils n'oublient pas ce que cette dernière a fait pour eux et que c'est tout à fait normal de le lui rendre.

Les cours sont très propres et bien entretenues. Elles comprennent toutes un *fa'a'apu* de taille variable, de nombreux arbres fruitiers dont les feuilles tombant au sol sont ratissées chaque matin.

On remarque que le pourcentage de personnes âgées en perte d'autonomie est très faible. Sur 436 *matahiapo* recensés par la commune, six sont déclarés en perte d'autonomie.

Le travail de terrain effectué par la délégation le 31 octobre a toutefois permis de révéler un nombre plus important de *matahiapo* en perte d'autonomie, mais ce nombre demeure faible.

Parmi les aidants, seule une personne bénéficie du dispositif aidant feti'i.

De manière générale, les aidants et aidés ont très peu de liens avec l'administration.

On constate que les *matahiapo* les plus aisés sont les moins entourés de leur famille, car la priorité est donnée au travail et à la carrière. Ces *matahiapo* sont donc pris en charge soit par une tierce personne, avec un lien familial éloigné ou aucun lien familial. Les liens de la famille sont toutefois maintenus, avec des visites régulières des enfants.

Sur les 11 *matahiapo* rencontrés, seule une personne n'entretient pas de liens réguliers avec ses descendants directs.

9 *matahiapo* étaient en perte d'autonomie physique et 2 atteints de démence de type Alzheimer.

IV- Déplacement Ua Huka, Ua Pou et Nuku Hiva du 3 au 7 novembre 2024

Membres de la délégation : M^{mes} Rachelle FLORES, Sylvana TIATOA rapporteurs, et Marielle KOHUMOETINI, membre.

➤ Synthèse générale des auditions

Les visites ont permis de mettre en lumière plusieurs enjeux critiques liés à la prise en charge des personnes âgées non autonomes :

1. Manque d'information sur les dispositifs d'aide adaptés : Il est essentiel de renforcer la communication et l'orientation des familles vers les dispositifs comme le GAP.
2. Besoins croissants en assistance humaine : Les familles, souvent livrées à elles-mêmes, doivent être mieux soutenues pour éviter un épuisement financier et moral.
3. Amélioration des logements : Des travaux d'adaptation des habitations sont nécessaires pour garantir la sécurité et le confort des personnes âgées.

Ces observations nécessitent une réponse coordonnée entre les structures d'aides sociales, les collectivités, et les familles pour offrir un accompagnement digne et efficace aux aînés de nos îles.

Lors des visites à domicile, les membres de la délégation ont pu constater l'éloignement géographique de certaines familles, notamment dans les vallées.

A- Déplacement à Ua Huka

a- Audition du maire de Ua Huka

Lors de cette audition, il a été évoqué la question du transfert de la compétence de l'action sociale aux communes, mais également la nécessité d'inciter les jeunes à revenir dans leur île, en développant notamment le tourisme et l'agriculture. L'attachement à la famille et la nécessité de proposer des activités aux *matahiapo* ont également été évoqués.

b- Visite des matahiapo à domicile

Au total 10 familles ont été visitées par la délégation à Ua Huka.

Au cours de ces visites, les discussions ont principalement porté sur l'importance de bien manger, la reconnaissance des enfants envers leurs parents, et l'importance d'être au plus proche de la nature. La question des évasans et de l'accessibilité du logement a également été prégnante, tout comme la distance avec l'administration.

B- Déplacement à Ua Pou

a- Tables rondes avec des aidants et des matahiapo

Au cours de ces tables rondes, il a été insisté sur les effets bénéfiques du cadre de vie et le fait que la vie est meilleure sur l'île.

La question du transport, du lieu d'hébergement à l'hôpital a également été évoquée, tout comme celle des évasans, qui a longuement été débattue, notamment s'agissant des difficultés rencontrées par les familles.

Le sentiment des aidants est qu'il n'y a pas de soutien et qu'il faut « se soutenir soi-même ».

Le besoin de disposer d'un accueil de jour est partagé par tous les participants à l'exception d'une personne âgée qui rappelle qu'elle préfère rester chez elle.

a- Visite des matahiapo à domicile

8 familles ont été visitées à Ua Pou.

Au cours de ces visites, les membres ont constaté l'importance de l'action menée par les églises en faveur des matahiapo. Les problématiques soulevées rappellent celles évoquées à Ua Huka : une vie axée sur la nature, des difficultés à rendre le logement accessible, la distance de l'administration et notamment la santé publique, le besoin d'une assistance continue et l'urgence de recevoir un accompagnement institutionnel.

C- Déplacement à Nuku Hiva

a- Audition des représentants de l'hôpital de Nuku Hiva

Au cours de cette audition, a notamment été évoqué le manque d'infirmiers dans les vallées, mais aussi l'existence d'un centre d'accueil de jour, fermé suite à la crise sanitaire, malgré la nécessité de divertir les matahiapo et leur famille. Il est nécessaire de donner des perspectives d'avenir aux jeunes pour les faire revenir.

b- Visite des matahiapo à domicile

Les membres ont constaté l'éloignement de certaines familles, vivant dans certaines vallées, qui nécessitent parfois un trajet laborieux de deux heures.

Au cours de ces visites, il a été mis en exergue l'importance des liens familiaux et la distance avec l'administration et l'accès aux soins.



ASSEMBLÉE DE LA
POLYNÉSIE FRANÇAISE

*Mission d'information portant sur
les personnes âgées en perte
d'autonomie*

Bilan financier

	Crédits alloués par l'APF en FCFP		Bilan financier en FCFP
Mission d'information portant sur les personnes âgées en perte d'autonomie	2 000 000	<u>FRAIS DE TRANSPORT HORS TAHITI :</u> <u>pour 4 personnes (3 élus et 1 agent SAJCE.APF) :</u> aérien / maritime/terrestre	1 046 090 FCFP
		<u>FRAIS DE RESTAURATION ET HEBERGEMENT</u> <u>HORS TAHITI : pour 4 personnes (3 élus et 1 agent</u> <u>SAJCE.APF) : 7 nuitées hors Tahiti</u>	909 480 FCFP
		<u>AUTRES SERVICES</u> infographie : aucune infographie	0 FCFP
Total	2 000 000	Total	1 955 570 FCFP