



HAL
open science

Un système de protection sociale à l'épreuve des transitions : le cas de la Polynésie française

Lauriane Dos Santos, Coralie Larrazet

► To cite this version:

Lauriane Dos Santos, Coralie Larrazet. Un système de protection sociale à l'épreuve des transitions : le cas de la Polynésie française. 2025. <hal-05445380>

HAL Id: hal-05445380

<https://hal.science/hal-05445380v1>

Preprint submitted on 7 Mar 2026

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Copyright - All rights reserved

Un système de protection sociale à l'épreuve des transitions : le cas de la Polynésie française

Lauriane Dos Santos est sociologue à la Maison des Sciences de l'Homme du Pacifique (UAR 2503 CNRS-Université de la Polynésie française). Ses recherches portent sur l'articulation des solidarités privées et publiques en Polynésie française, dans un contexte de changements sociaux et de vieillissement démographique rapide. Dossantos.lauriane@gmail.com

Coralie Larrazet est juriste à l'Université de Rennes, Institut de l'Ouest Droit et Europe (IODE UMR CNRS 6262). Coralie.larrazet@univ-rennes.fr

Les autrices sont membres du projet de recherche « Solidarités et systèmes de protection sociale dans le Pacifique » (SOLIPAC) qui s'intéresse aux évolutions des solidarités en cours en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, et leur influence sur les dispositifs de protection et leur organisation.

Résumé : Collectivité d'outre-mer dotée d'un statut d'autonomie, la Polynésie française possède un système de protection sociale original, resté peu documenté. En partie inspiré des assurances sociales métropolitaines, il s'est adapté au contexte local pour se structurer autour d'un organisme gestionnaire spécifique, la Caisse de prévoyance sociale (CPS), et d'une couverture généralisée contre les principaux risques sociaux, la Protection sociale généralisée (PSG). L'article retrace les caractéristiques de ce développement institutionnel et de son organisation. Il propose ensuite une analyse des défis contemporains auxquels ce système est confronté et qui se répercutent sur sa pérennité financière : inégalités socio-économiques, faiblesse de l'emploi formel et poids de l'économie informelle, vieillissement démographique rapide et dégradation de l'état de santé de la population. Ces défis font émerger des réflexions nouvelles quant à l'organisation des solidarités (familiales et professionnelles, nationales et territoriales) et leur articulation dans la prise en charge des risques sociaux.

Mots-clés : Polynésie française ; Outre-mer ; protection sociale généralisée (PSG) ; solidarités familiales ; vieillissement démographique ; économie informelle ; santé publique ; gouvernance territoriale ; financement de la protection sociale ; risques climatiques.

Introduction

Le système de protection sociale de la Polynésie française est resté peu documenté dans la littérature scientifique. Ce « pays d'outre-mer au sein de la République¹ » ou « collectivité d'outre-mer² » est doté d'un statut d'autonomie qui lui a permis de bâtir son propre système de protection sociale généralisée (PSG), géré par un organisme unique, la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS). Les ordonnances et lois nationales relatives à la sécurité sociale ne trouvent, pour l'essentiel, pas application sur ce territoire. Il n'en demeure pas moins que la construction du système polynésien reste inspirée de la sécurité sociale hexagonale, plus précisément des assurances sociales, tout en ayant composé, dans ses évolutions, avec les particularités sociales, économiques et géographiques de la collectivité (Drollet, 2006³). Confronté à des défis multiples, les uns propres au pays (inégalités, dégradation de l'état de santé, risques liés aux changements climatiques⁴), les autres communs à de nombreux systèmes dans le monde (pérennité financière, vieillissement), le système de protection sociale polynésien a dû inventer à la fois ses propres solutions et engager des réflexions plus larges sur son modèle social.

Historiquement, la Polynésie française tient son autonomie des lois organiques du 6 septembre 1984⁵, du 12 avril 1996⁶ et du 27 février 2004⁷, qui ont transféré progressivement une série de compétences au Pays, notamment en matière de politiques économique, sociale et de santé. L'État français a principalement conservé les compétences régaliennes, ainsi que diverses compétences en matière de droit civil et de libertés publiques. Toutefois, la construction du système de protection sociale polynésien avait débuté avant ces transferts de compétences. L'idée d'offrir une protection aux travailleurs contre les risques sociaux émerge ainsi dès l'exploitation des phosphates de Makatea, de 1907 à 1966 (Leca, 2010⁸). Elle a abouti à la création de son organisme gestionnaire, la Caisse de Compensation des Prestations Familiales du territoire des Etablissements français de l'Océanie (CCPF), ancêtre de la CPS, en 1956⁹. Tout comme durant les premiers temps de la sécurité sociale en France hexagonale ou comme en Nouvelle-Calédonie, un mélange de tradition mutualiste et de paritarisme s'est incarné dans la gouvernance du système institutionnalisé, administré par les partenaires sociaux, dans un modèle que l'on pourrait qualifier, en se limitant à l'étude des sources juridiques, de professionnel.

Particularité de la Polynésie française, ce lien entre protection sociale et monde du travail s'est toutefois développé en parallèle des solidarités familiales, notamment intergénérationnelles,

¹ Art. 1^{er} de la loi organique n°2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française.

² *Ibid*

³ S. Drollet, « La protection sociale en Polynésie française : du modèle métropolitain au système polynésien », in T. Michalon (dir.), *Entre assimilation et émancipation, l'outremer français dans l'impasse*, Les Perséides, Rennes, 2006 ; S. Drollet, *Le système polynésien de sécurité sociale*, Presses universitaires d'Aix Marseille, Aix en Provence, 1996

⁴ Les risques sociaux induits par le dérèglement climatique (montée des eaux, recrudescence et imprévisibilité des cyclones, dégradation des écosystèmes dans un contexte de forte autoconsommation et d'agriculture vivrière), objet de recherches en cours, ne seront pas abordés dans le cadre de cette étude mais constituent des enjeux centraux en Polynésie française, peu pris en compte à ce jour par les politiques territoriales et nationales.

⁵ Loi n° 84-820 du 6 septembre 1984 portant statut du territoire de la Polynésie française.

⁶ Loi organique n°96-312 du 12 avril 1996 portant statut d'autonomie de la Polynésie française et loi n° 96-313 du 12 avril 1996 complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française.

⁷ Loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française.

⁸ A. Leca, « La Polynésie française face à la nécessaire maîtrise des dépenses de santé », *Comparative Law Journal of the Pacific / Journal de Droit Comparé du Pacifique* [Anciennement Revue juridique polynésienne (RJP)], 2010, 11, pp.19-40

⁹ Loi cadre n° 56-619 du 23 juin 1956 et arrêté n°1336 IT modifié du 28 septembre 1956 portant organisation et fonctionnement de la caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française.

qui détiennent une place particulièrement centrale en tant que source de protection. Ces solidarités, relevant davantage du fait social que du droit de la protection sociale, ont connu une forme d'invisibilisation du point de vue scientifique et n'ont que très récemment fait l'objet de recherches¹⁰. Les travaux sociologiques récents permettent désormais de considérer le système polynésien de protection sociale comme relevant d'un « régime familialiste » (Dos Santos, 2025a). Les familles sont largement mobilisées par les individus aux différents âges de leur vie, pour faire face aux vulnérabilités économiques et de santé et améliorer leurs conditions de vie (Dos Santos, 2024b). Le territoire se trouve en effet exposé à une pauvreté et à une précarité socio-économique accrue (CTC, 2025). La famille élargie et la cohabitation multigénérationnelle remplissent des rôles variés dans ce contexte : sécuriser les individus face à la précarité et à la perte d'emploi, répondre à des besoins non (ou partiellement) couverts par la PSG ou encore servir d'appui sans lequel les bénéficiaires ne pourraient pas avoir un accès et un recours effectifs aux prestations institutionnelles (Dos Santos & Servy, 2026). Pour les ménages les moins intégrés au salariat, plus particulièrement, la solidarité familiale apparaît comme la première source de protection face à la perte ou l'absence d'emploi (Dos Santos, 2025), dans un contexte où, contrairement à l'Hexagone, il n'existe pas d'allocation chômage (ISPF, 2024). De même, la sphère familiale constitue la première pourvoyeuse de prestations de soin au quotidien, le *care* aux aînés relevant, pour l'essentiel, d'activités domestiques informelles (Dos Santos, 2023).

La transformation en cours des modèles familiaux, marquée à la fois par une permanence (Fardeau & Lelièvre, 2023) et un déclin lent et non-linéaire du modèle de la famille élargie (Robineau, 1989 ; Paycha et al. 2022 ; Protar, 2024) et une aspiration au modèle de la famille nucléaire voire du ménage seul, contribue néanmoins à questionner la pérennité de la structure familiale comme institution pourvoyeuse de solidarité face aux risques au cours des prochaines décennies. De son côté, le système institutionnel, qui repose, depuis 1995, sur un système généralisé à toute la population résidente, est confronté à des défis structurels touchant au maintien de son équilibre financier (fragile, depuis 2007) et qui pèse sur le projet de financement de nouvelles prestations, voire sur le maintien des prestations existantes.

C'est compte tenu de l'articulation complexe et en mouvement des rapports entre famille et système institutionnel, et compte tenu de la distance qui peut séparer pratiques et concepts de solidarité, rendant particulièrement délicate toute catégorisation globale, qu'une étude réunissant analyse du cadre juridique et analyse des phénomènes sociaux est particulièrement féconde pour appréhender le système polynésien. Par un regard croisé sociologie et droit, la présente contribution entend exposer les évolutions en cours du système institutionnalisé, en les mettant en relation avec les transformations sociales, pour permettre d'offrir une première synthèse de la façon dont le système de protection sociale de la Polynésie française répond à un certain nombre de défis dans la période contemporaine. Elle permet ainsi, à partir des dernières données disponibles (littérature grise, données démographiques et résultats d'enquêtes sociologiques récentes), de mettre en perspectives les évolutions législatives récentes et de s'interroger : à quels types de réformes institutionnelles d'ampleur semblent-elles ouvrir la voie, et en quoi sont-elles susceptibles d'amener plus généralement à une (re)définition du modèle social polynésien et de l'organisation des solidarités sur ce territoire au cours des prochaines années ?

¹⁰ La poursuite d'enquêtes quantitatives et qualitatives sur les solidarités et les transformations sociales dans le cadre de programmes de recherche collectifs, a connu en particulier un essor avec la création de la Maison des Sciences de l'Homme du Pacifique, basée sur l'île de Tahiti, en 2017.

1. L'organisation du système de protection sociale à partir du modèle professionnel

La protection sociale polynésienne s'appuie sur une organisation unitaire principalement centrée autour de la CPS, ayant permis de réunir les régimes des actifs et d'élargir la couverture à toute la population. Majoritairement financée par les cotisations, elle se distingue par l'importance du régime de solidarité et l'absence d'assurance chômage. La PSG est sous le coup de réformes structurelles importantes, telle qu'une transition vers une Protection sociale universelle (PSU) organisée en cinq branches de risques, visant à renforcer le pilotage financier du système, mais également de réformes ciblées autour des règles d'affiliation aux régimes, visant à en renforcer les recettes.

1.1. La CPS : organisation et gouvernance

La CPS est un organisme de droit privé chargé d'une mission de service public, régi historiquement par la loi du 1^{er} avril 1898 relative aux sociétés de secours mutuels (dite « Charte de la Mutualité »). Son conseil d'administration comporte, conformément à la tradition paritaire, quinze membres dont cinq représentants salariés désignés par les organisations syndicales, cinq représentants employeurs et travailleurs indépendants et cinq administrateurs qualifiés. Le conseil d'administration désigne les membres de son bureau. La Caisse est placée sous la tutelle du gouvernement de la Polynésie française et un directeur est, par ailleurs, nommé en conseil des ministres.

Le système polynésien est fondé, historiquement, sur une unité d'organisation. Il n'existe pas de niveaux décentralisés (caisse nationale, caisses régionales et primaires), ou encore de pluralité d'organismes par branche de risque ou catégorie d'actifs, comme c'est le cas dans le système métropolitain. Cette caractéristique s'explique à la fois par un souci de simplification administrative, et par un volume d'assurés restreint. Cette unité permet également une approche financière globale des différents risques, au sein de chacun des quatre régimes (voir I.2).

La répartition des rôles et des missions entre le directeur salarié de la CPS et le conseil d'administration, auparavant confuse, a fait l'objet d'une clarification récente, avec la loi du pays du 23 mai 2022¹¹. Cette dernière avait été précédée d'une période d'instabilité de plusieurs années qui a vu se succéder les directeurs généraux et administrateurs provisoires, avec une gestion largement perfectible des ressources humaines de la CPS, entre programme de réduction des effectifs de 2010 à 2016 et recrutement massif d'agents entre 2017 et 2021¹².

Le conseil d'administration délibère sur le budget annuel de la CPS et sur ceux des différents régimes de protection sociale et approuve les comptes annuels, ce qui constitue un autre point de distinction notable par rapport au système hexagonal. Ce fonctionnement consacre la place centrale occupée par les partenaires sociaux dans la gouvernance du système de protection sociale, dans la mesure où le conseil d'administration, en fixant les recettes et les dépenses, constitue, en théorie, l'organe de gestion de la protection sociale, bien que ses délibérations soient approuvées en conseil des ministres. Alors qu'en France hexagonale, la fixation des budgets de la sécurité sociale leur a très tôt échappé, les syndicats et organisations professionnelles apparaissent, au contraire, comme des acteurs centraux du système de protection sociale polynésien, bien au-delà des seuls régimes professionnels.

1.2. La PSG : régimes et couvertures

¹¹ Loi du pays n° 2022-21 du 23 mai 2022 portant réforme de la protection sociale généralisée

¹² Chambre territoriale des comptes, *Caisse de prévoyance sociale : les ressources humaines. Te fare Turuuta 'a No Porinetia. Exercices 2017 et suivants*, Rapport, 2023

La PSG, instaurée en 1995, comprend l'assurance-maladie, l'assurance contre les accidents du travail, ainsi que la couverture famille, vieillesse et handicap¹³. Elle a permis d'unifier les différentes couvertures qui avaient été mises en place jusqu'alors (couverture contre les accidents professionnels des salariés en 1957, assurance vieillesse des salariés en 1967, assurance maladie obligatoire des salariés en 1974, régime de protection sociale en milieu rural dit « RPSMR » en 1979 et régime de retraite des salariés en 1987) tout en les étendant à toute la population résidente.

Ainsi, la délibération du 3 février 1994 prévoit que la PSG comprenne les assurances sociales (maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès), les accidents du travail et les maladies professionnelles (ATMP), les prestations familiales et l'aide sociale. Cette dernière comprend l'aide médicale, l'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées, et l'aide à l'enfance. Il convient de rappeler une particularité notable, qui est que la Polynésie française ne connaît pas d'assurance chômage, alors même que son taux d'emploi apparaît structurellement faible (cf. II).

La PSG est composée de plusieurs régimes correspondant chacun à des règles d'affiliation spécifiques. Parmi ces régimes, deux sont professionnels et un est dit « de solidarité » (cf. tableau I).

Tableau I. Présentation des régimes d'affiliation au système de protection sociale

<i>Nom du régime</i>	<i>Acronyme</i>	<i>Couverture</i>
Régime général des salariés	RGS	Il comprend les couvertures obligatoires maladie, accidents du travail et maladies professionnelles (prestations en nature et en espèces), famille et vieillesse
Régime des non-salariés	RNS	Il comprend les couvertures obligatoires maladie (prestations en nature et en espèces) et famille, et une assurance volontaire vieillesse et ATMP
Régime de solidarité de la Polynésie française	RSPF	À la fois subsidiaire, non-contributif et sous condition de ressources, il couvre les charges de maladie (prestations en nature), de famille, l'allocation solidarité des personnes âgées et les prestations handicap.

Avec la mise en place du RSPF, la PSG s'est détachée du modèle professionnel assurantiel, qui prévalait jusqu'alors, pour couvrir une plus large partie de la population, en particulier celle qui, bien qu'exposée aux différents risques (notamment, aux maladies chroniques ou de longue durée), se trouvait écartée des prestations du fait d'une non-cotisation. Il convient néanmoins de noter que certaines structures publiques dispensaient gratuitement des soins avant la mise en place du RSPF (Leca, 2010), mais leur accessibilité était restreinte et contraignante pour les personnes résidant à distance de l'agglomération urbaine de l'île de Tahiti. Ainsi, c'est avec le RSPF et la création du tiers payant, en 1995, que l'accès à la médecine libérale a été rendu possible pour tous les résidents.

En 2018, le volet « aide sociale » de la PSG s'est vu partagé entre la CPS au titre du régime de solidarité et un nouvel interlocuteur : la Direction des Solidarités, de la Famille et de l'Égalité (DSFE), créée la même année, représentant les services sociaux du Pays. La DSFE s'est vu confier des missions d'aide et d'action sociales, notamment en matière de handicap, d'aide à l'enfance, d'accompagnement des seniors en perte d'autonomie et d'accompagnement des individus et des ménages en situation de pauvreté et de surendettement. La devise institutionnelle de la DSFE (« *la solidarité est une force, la famille en est le socle* ») souligne le contexte familialiste sur lequel s'appuient l'aide et l'action sociale en PF.

¹³ Délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents du territoire de la PF.

La création de la DSFE a également amorcé une dichotomie entre l'aide et l'action sociale d'un côté, et les assurances sociales de l'autre. En effet, l'aide et l'action sociale, relevant de la solidarité territoriale et nationale, sont perçues comme un complément à la solidarité familiale. Ainsi, les dispositifs et prestations ne sont pas octroyées de droit, mais après examen de la situation personnelle et familiale des intéressés par des représentants de la DSFE, afin d'établir la réalité du besoin. Ce sont finalement les assurances sociales (assurance-maladie, assurance-vieillesse, prestations familiales, accidents du travail et maladies professionnelles), qui relèvent plus nettement du « droit à » la prestation sociale, entendu comme un droit opposable, garanti ici par la solidarité professionnelle¹⁴. Dans les faits, la ligne de partage n'est pas toujours aisée à identifier. Cela a pour effet de multiplier les interlocuteurs, en l'absence de guichet unique CPS/DSFE. Pour une personne en situation de handicap ayant travaillé et ayant été affiliée au RGS, par exemple, certaines prestations relèveront de la compétence de la CPS, d'autres de la DSFE.

Enfin, un quatrième régime coexiste avec le RGS, le RNS et le RSPF : il s'agit de celui des fonctionnaires d'État qui, contrairement à la situation en Nouvelle-Calédonie, ne relèvent pas du système local mais de la sécurité sociale métropolitaine.

1.3. Le financement de la PSG

Les trois régimes polynésiens de protection sociale (RGS, RNS et RSPF) obéissent en principe à trois comptabilités distinctes retraçant leurs recettes et leurs dépenses. Les recettes de la PSG sont principalement constituées des cotisations, complétées par diverses taxes et contributions. À ces dernières s'ajoutent d'autres sources de financement comme des revenus de placements éventuels, des contributions publiques, des dons et legs, et des emprunts. Depuis le 1^{er} avril 2022, le Fonds de la protection sociale universelle a été créé. Il s'agit d'un compte d'affectation destiné à recueillir les impôts, le versement du budget général de la Polynésie française, les dotations de l'État et les dons et legs.

À sa création en 1994, l'État s'était engagé à soutenir financièrement le système¹⁵, ce qu'il a fait jusqu'en 2008 sous condition d'équilibre, puis à nouveau à partir de 2015, sous condition cette fois-ci de redressement des comptes sociaux. Actuellement, cet appui prend la forme de dotations financières encadrées par des conventions État-Pays pluriannuelles, portant des engagements réciproques de l'État français et de la Polynésie française. Des prêts garantis par l'État sont venus compléter en 2020 le soutien octroyé, à la suite de la crise covid. Plus généralement, la loi du 28 février 2017¹⁶, dite « égalité réelle », a posé un cadre au soutien apporté par l'État français aux collectivités d'outremer, dans le respect du partage des compétences et du statut d'autonomie de certains territoires. Aux termes de son article 1^{er} et sur le fondement du « *principe de solidarité nationale* », l'État s'est engagé à mener des politiques avec les collectivités d'outremer pour « *compenser les handicaps structurels liés à leur situation géographique, leur isolement, leur superficie et leur vulnérabilité face au changement climatique* » et à « *assurer l'accès de tous aux soins* ». Ainsi, le numéro d'équilibriste consiste pour l'État à ne pas s'immiscer dans la gestion du système relevant de la compétence du Pays malgré la tentation de contrôle budgétaire, tout en assumant les obligations juridiques et morales découlant de l'histoire coloniale et en particulier, s'agissant de la Polynésie, de la période des essais nucléaires (voir *infra* II/4).

¹⁴ Garanti à la fois du fait du lien synallagmatique entre cotisation et droit à prestation, et sur le plan financier, les revenus professionnels finançant largement le système.

¹⁵ Loi d'orientation n°94-99 du 5 février 1994 d'orientation pour le développement économique, social et culturel de la PF.

¹⁶ Loi n° 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique

Du côté des financements locaux, la PSG se trouve actuellement financée à 70% par la cotisation¹⁷ (contre 48 % en France métropolitaine), proportion qui devrait rester significative compte tenu des réformes récentes ayant eu pour objet d'étendre les assiettes de cotisations et l'affiliation au RNS (voir *infra* III/1). Le reste de ses recettes est majoritairement composé de la contribution de solidarité territoriale (CST), un impôt prélevé à la source sur différents revenus, essentiellement les salaires. En quête de nouvelles sources de financement, le territoire a mis en place en 2022 la contribution pour la solidarité (CPS), une forme de TVA sociale due sur les produits et services. Décrite par ses détracteurs comme étant génératrice d'inflation, voire pour son caractère non redistributif et peu efficace, elle a été supprimée en 2023 à l'arrivée au pouvoir du nouveau gouvernement.

1.4. De la PSG à la PSU

Reposant sur une organisation unitaire très différente de celle en œuvre en France métropolitaine, qui a en particulier fait le choix de longue date de dissocier la gestion du risque en branches séparées, la PSG a fait l'objet d'une réforme ambitieuse de réorganisation, accompagnée par des cabinets de conseil extérieurs au territoire.

Les bases de l'organisation d'une protection sociale universelle (PSU) ont été posées par deux lois de pays en 2022 et 2023¹⁸, toujours en attente d'application. Celles-ci opèrent une transformation importante en matière d'organisation puisqu'elles prévoient le passage du système actuel à trois régimes (RGS, RNS et RSPF) à un système à cinq branches sur le modèle hexagonal : « *maladie-maternité-invalidité-décès* », « *accidents du travail-maladies professionnelles* », « *vieillesse-veuvage* », « *famille* » et enfin « *handicap-dépendance* ». Les textes prévoient, de façon imagée, une « *étanchéité budgétaire et comptable* » entre branches de risques, en lieu et place du cloisonnement actuel entre régimes de la PSG.

L'un des principaux avantages du système universel est de simplifier l'application des règles d'affiliation, notamment pour les personnes qui pouvaient auparavant relever de plusieurs régimes. Cette situation concerne, en particulier, les « *patentés* » (terme du langage courant employé pour désigner les travailleurs non-salariés) qui ne rempliraient pas toujours les conditions de revenu minimum pour être affiliés au RNS au cours de leur vie professionnelle et se retrouveraient, de fait, exclus de certaines prestations ou bénéficieraient de prestations du RSPF alors qu'ils perçoivent des revenus et pourraient cotiser. Il convient de préciser que cette difficulté a été en partie corrigée par l'adoption d'une réforme plus récente décrite *infra* (III/1.), qui n'est pas revenue sur la coexistence des trois régimes mais a simplement clarifié les règles d'affiliation au RNS.

La PSU affiche également comme objectif de faciliter le pilotage des recettes et des dépenses de la protection sociale, désormais non plus par régime, mais par branche de risques. Ce faisant, la réforme vise aussi à limiter les mouvements financiers entre les branches. Toutefois, elle impliquerait l'établissement d'indicateurs de performance clairs permettant un pilotage pluriannuel, démarche qui ne semble pas avoir intégré la culture de gouvernance locale (IGAS, IGA, IGF, 2019¹⁹). Ainsi, la mise en œuvre de la PSU, réforme d'organisation ambitieuse, est aujourd'hui au point mort.

¹⁷ Chambre territoriale des comptes, *Rapport d'observations définitives, exercice 2010-2016*, 2017, p. 2

¹⁸ Loi de pays n° 2022-21 du 23 mai 2022 et loi de pays n° 2023-2 du 5 janvier 2023

¹⁹ IGAS, IGA, IGF, *Evaluation du système de protection sociale et de santé - Appui au gouvernement de la Polynésie française*, Rapport, 2019

2. Un système à l'épreuve des dynamiques contemporaines

Le système de protection sociale polynésien fait aujourd'hui face à des défis multiples. Parmi ceux-ci, les plus notables semblent être la dégradation de l'état de santé de la population (ISPF, 2021) qui accroît les dépenses de l'assurance maladie (CTC, 2019), les inégalités socio-économiques²⁰ qui s'accompagnent d'un déficit de protection et de reconnaissance des activités relevant de l'économie informelle (IGAS, 2019) et un vieillissement démographique rapide, qui impose de repenser l'organisation des solidarités intergénérationnelles, le système de retraites et les prestations liées aux seniors et à la perte d'autonomie.

2.1. L'assurance-maladie face à la dégradation de l'état de santé de la population

Les données analysées montrent que la concentration géographique de l'offre de soins, dans un contexte de dégradation de l'état de santé et de vieillissement de la population, entraînent une hausse des dépenses de santé publique, tout en laissant à la charge des usagers et de leurs familles des coûts résiduels significatifs qui accentuent les inégalités d'accès aux soins. En effet, au niveau organisationnel, le système de santé de la Polynésie française repose sur une distribution inégalitaire de l'offre de soins et des services sanitaires (ISPF, 2021). Cette caractéristique est, à la fois, le produit de contraintes géographiques (l'archipel étant composé de soixante-seize îles habitées, réparties sur une région vaste comme l'Europe) et d'un modèle de développement centralisé sur l'île de Tahiti (principalement, autour de l'agglomération de Papeete), qui concentre la majorité de la population et des services. L'absence de certaines spécialités médicales sur le territoire et la pénurie structurelle en professionnels de santé (IEOM, 2025 : 11) donnent régulièrement lieu à des grèves et à des actions syndicales en faveur d'une politique de recrutement et d'une amélioration des conditions de travail pour les métiers du secteur médical.

Dans ce contexte, l'accessibilité physique des prestations de soin dépend souvent du recours à un dispositif dédié de transport des patients dit « d'évacuation sanitaire » (ou « *évasan* ») intra ou extraterritoriale. Ce dispositif de mobilité permet d'assurer à la fois les hospitalisations d'urgence et le suivi régulier des maladies chroniques : en 2024, un total de 37.400 *évasans* ont été réalisées, essentiellement vers le Centre hospitalier de Polynésie française (île de Tahiti), et pour une minorité, vers la France hexagonale et la Nouvelle-Calédonie.

Si le coût global de ce dispositif apparaît élevé, représentant 5,4 milliards de francs pacifique, soit environ 45,3 millions d'euros, en 2024 (IEOM, 2025 : 113), ces dépenses ne couvrent pas toujours l'entièreté des coûts générés par une prise en charge médicale pour les usagers. Malgré les remboursements pourvus par la CPS, certains soins ou séjours entraînent en effet des dépenses d'hébergement, de transport et de perte de revenus (notamment, pour les indépendants et pour les personnes vivant du secteur primaire), générant des coûts résiduels à charge des usagers et de leur famille, pouvant être dissuasifs du recours aux prestations (Dos Santos et Servy, 2026). Ainsi, dans un contexte de prise en charge partielle des différents frais par l'assurance maladie, les usagers tendent à puiser dans la solidarité familiale les ressources nécessaires qui leur permettent d'accéder à l'offre de soin et aux services médicaux, telles que l'hébergement provisoire chez des apparentés vivant à Tahiti, près des lieux de soin, pour les populations provenant d'autres îles du territoire²¹. Par ailleurs, le coût unitaire des prestations de santé pour les usagers est globalement plus important en Polynésie que dans l'Hexagone (ISPF, 2021).

²⁰ D'après un rapport du Conseil économique, social et culturel de la PF, 20 % des ménages polynésiens vivaient sous le seuil de pauvreté monétaire en 2015 (CESEC, 2024).

²¹ Ce constat ne s'applique toutefois pas aux résidents des îles Marquises, qui bénéficient d'une offre de logement dans le cadre d'une évacuation sanitaire à Tahiti.

Avec l'augmentation de la proportion de longues maladies au sein de la population générale, principal poste de dépense de l'assurance maladie, avec un taux de 69% des dépenses publiques de santé sur le territoire en 2023 (IEOM, 2025 : 114), les dépenses de santé sont amenées à augmenter d'autant plus au cours des prochaines années, et pourront se répercuter à la fois sur les dépenses sociales et sur les dépenses privées des usagers. La dégradation de l'état de santé de la population depuis les années 2010 (ISPF, 2022), avec, en particulier, « un accroissement des dossiers pour le diabète sucré (+3,2 % en moyenne par an), les maladies cardio-vasculaires (+6,7 %), les cancers (+4,4 %) et les maladies du système nerveux (+2,1 %) » (IEOM, 2025 : 114) constitue un enjeu social et économique majeur, imposant au système polynésien de protection sociale de trouver les moyens d'offrir des soins toujours plus coûteux à une population sanitaire ment vulnérable et vieillissante (cf. II.3), dans un contexte de fortes inégalités.

2.2. Un financement du système à l'épreuve des inégalités socio-économiques

Sur le plan macroéconomique, la Polynésie française dispose d'un PIB de 5,41 milliards € en 2023 (IEOM, 2025), avec une prépondérance du secteur tertiaire, qui occupe environ huit salariés sur dix, en particulier dans le secteur du tourisme et de l'administration. Malgré une amélioration de la situation sur le marché du travail ces dernières années (ISPF, 2024), l'économie polynésienne demeure marquée par des inégalités socio-économiques et géographiques structurelles, une faible diversification productive et une dépendance aux importations et au tourisme, tous deux vulnérables aux crises internationales. Par ailleurs, l'économie du territoire pâtit des effets de l'isolement et de la dispersion géographiques, qui participent d'un déficit commercial et d'un coût de la vie élevé (ISPF, 2022 ; ISPF, 2023). Dans ce contexte, les transferts de l'État détiennent une place importante dans l'équilibre budgétaire, et représentent près d'un tiers du PIB.

Le PIB par habitant est deux fois inférieur à celui de l'Hexagone (ISPF, 2022) et les inégalités monétaires apparaissent relativement fortes, avec un indice de Gini proche de celui des États-Unis à cette date (soit de l'ordre de 0,40) (ISPF, 2009 ; CTC, 2025). La pauvreté monétaire est plus répandue que dans l'Hexagone, avec 26 % des Polynésiens vivant sous le seuil de bas revenu polynésien (ISPF, 2015), alors que les prix sont en moyenne 31% plus élevés qu'en métropole (ISPF, 2022 : 6). La pauvreté est d'autant plus marquée qu'il n'existe pas d'assurance-chômage ou d'équivalent du RSA au sein de la collectivité. Si, en 2024, le taux d'emploi s'élève à 57,7 %, avec une population active de 114.500 personnes, le halo du chômage concerne 13.500 personnes et reflète des difficultés persistantes d'accès à l'emploi (ISPF, 2025).

L'absence de prestations visant à octroyer un revenu minimum aboutit à ce que pour le 1^{er} quartile des ménages les plus pauvres, les prestations sociales constituent moins de 10 % des revenus (ISPF, 2021). Il apparaît alors que le système de protection sociale n'assure que faiblement une fonction de correction des inégalités. Ce sont, de fait, les solidarités communautaires (principalement familiales) et l'économie informelle qui jouent un rôle d'amortisseur social important aux marges du système institutionnel de protection sociale (Protar, 2023 ; Giraud, 2023 ; Dos Santos, 2024 ; Drif, 2025). La place de l'autoconsommation alimentaire (essentiellement issue de la pêche et de la polyculture vivrière) est centrale chez les ménages aux plus bas revenus monétaires, pour qui elle est une « nécessité économique » (ISPF, 2015) au vu du coût élevé de la vie. L'autoconsommation alimentaire représente ainsi 80% de la consommation non-monétaire à l'échelle du territoire en 2015 (soit environ 18 milliards de francs pacifique) et une moyenne mensuelle estimée à 26.000 francs pacifique par ménage (soit l'équivalent d'environ 218 euros par mois) (ISPF, 2015). Ainsi, une partie de la population vit ou complète ses revenus grâce à des activités non ou partiellement déclarées

(ISPF, 2021) (polyculture vivrière, artisanat, petit commerce de perles, coquillages, produits tressés, sculptures, ou encore services à la personne et autres activités de ménage, garde d'enfants, construction ou transport non déclaré), particulièrement répandues en dehors de Tahiti et chez les personnes peu qualifiées, qui tendent à aller de pair avec une exclusion des systèmes assurantiels de protection sociale (Bastide, 2025).

Ainsi, le faible taux d'emploi formel, associé à un système d'inspiration très largement assurantielle bismarckienne et professionnelle (voir I.), laisse de côté un grand nombre d'habitants. On remarque, de façon paradoxale, que l'essentiel des droits des assurés sont octroyés par le travail, alors que la Polynésie française fait face à une crise durable de l'emploi formel. La place occupée par le secteur économique informel a également, en plus d'une influence sur les droits et prestations des Polynésiens, un impact sur les ressources financières du système, dans un pays doté d'une fiscalité peu redistributive. Cet impact est d'autant plus important que la Polynésie française a connu une importante transition économique depuis le départ du Centre d'Expérimentation du Pacifique (CEP).

Encadré. Précisions sur l'histoire économique de la Polynésie française et sur l'impact du Centre d'Expérimentation du Pacifique sur l'emploi

L'installation du Centre d'Expérimentation du Pacifique (CEP) en 1963 a durablement influencé l'économie polynésienne. Au moment de sa création, le nombre d'assurés de la Caisse territoriale passe ainsi du simple au triple (Leca, 2010²²). La part de la population active estimée exercer une activité en lien avec le CEP a été de 60% à 70% (ISPF, 2022 : 10). Si la période du CEP s'est achevée en 1998, elle a laissé durablement sa marque sur l'économie territoriale, jusqu'à exercer un impact non négligeable sur le financement du système de protection sociale. En effet, si les cotisations versées par le CEP ont disparu, tel n'est pas le cas des droits aux prestations ouverts aux ex-salariées et ex-salariés du CEP, en particulier leurs droits à la retraite. Les prestations contributives subissent ainsi une hausse importante, sous l'influence plus générale de la transition démographique.

2.3. L'assurance-vieillesse à l'épreuve du vieillissement démographique et de la perte d'autonomie

La population de la Polynésie française, qui s'établit à plus de 278 700 habitants en 2024 (ISPF, 2023), sort d'une transition démographique amorcée au XX^{ème} siècle (Sierra-Paycha et al. 2022) : elle croît désormais faiblement, avec un taux historiquement faible (+ 0,05 % sur un an) et vieillit rapidement. Cette dynamique est due, à la fois à une forte baisse de la natalité (avec un indice conjoncturel de fécondité de 1,7 enfant par femme en 2024), et à un allongement de l'espérance de vie, avec une augmentation de la part des personnes âgées de 65 ans et plus au sein de la population ces dernières années. À ce solde naturel s'ajoute un solde migratoire apparent négatif, notamment dû à un phénomène d'émigration des jeunes²³. Près de 17 % des jeunes qui avaient entre 18 et 30 ans en 2022, et près d'un quart (24 %) des jeunes entre 21 et 24 ans, ont quitté le pays ces cinq dernières années (ISPF, 2025). À la croisée de ces dynamiques, l'institut de la statistique de la Polynésie française (ISPF) estime ainsi qu'environ 1 habitant sur 5 aura plus de 60 ans en 2030 (ISPF, 2020). Au cours des prochaines décennies, et à l'instar d'autres pays de la région du Pacifique, la Polynésie française fera le passage du statut de « société vieillissante » à « société âgée » (OMS, 2021 : 2).

²² A. Leca, « Aperçu historique sur la mise en place et le développement de l'assurance-maladie en Polynésie française (1956-2009) », *Les dépenses de santé en Polynésie Française : actes du colloque du laboratoire Gouvernance et Développement Insulaire*, UPF, 3 déc. 2010

²³ ISPF, Recensement de la population 2022 - Les migrations en Polynésie française, Points études et bilans, n°1418, 2025

Le vieillissement démographique à l'œuvre, et qui est amené à s'accélérer au cours des prochaines années selon les prospectives démographiques (ISPF, 2020) (ISPF, 2025), participe déjà d'une hausse des dépenses des assurances sociales. Entre 2010 et 2015, le régime des salariés avait, par exemple, subi une hausse de 35% de ses dépenses en prestations de retraite. En vingt ans, le coût global des retraites est, quant à lui, passé de 25 % à 39 % des dépenses de la PSG (CTC, 2017). La réforme des retraites de 2019²⁴, qui a repoussé l'âge légal de départ de 60 à 62 ans, n'a pas encore permis un retour à l'équilibre. Du point de vue du financement du système de protection sociale, le vieillissement est à la fois facteur de réduction des recettes et de hausse des dépenses, en matière de retraite mais aussi de santé, dans une population générale sujette, comme nous l'avons vu, aux longues maladies.

Les dynamiques démographiques à l'œuvre participeront, ainsi, d'une augmentation des dépenses sociales et de santé, les personnes âgées de 65 ans et plus ayant des besoins élevés en soins médicaux, en médicaments, en hospitalisations longues et en dispositifs d'action sociale dédiés à la perte d'autonomie. Toutes choses égales par ailleurs, la PSG devrait ainsi voir ses dépenses augmenter de façon durable au-delà de l'assurance-vieillesse, en matière d'assurance-maladie (régime de solidarité principalement) et de dépendance, nouvelle branche de la future PSU au cours des prochaines années.

3. Réformes institutionnelles ou refondation du modèle social : quel système, demain ?

Quelles sont les évolutions et les adaptations possibles du système de protection sociale contemporain pour faire face à ces défis pluriels posés aux solidarités ? La mise en place de réformes institutionnelles et de nouvelles approches en matière d'action publique, sanitaire et sociale semblent constituer la voie pour l'heure privilégiée pour adapter le système à ces défis multiples. En matière de politique territoriale de solidarité, les débats sont marqués par une montée en visibilité de certaines problématiques (notamment celles qui étaient autrefois considérées comme relevant de la vie intime, familiale et domestique, telles que la prise en charge des ascendants âgés), l'un des enjeux portant, outre sur la question du financement, sur une redéfinition et une articulation des rôles des acteurs privés et publics des politiques sociales d'un côté, et la sphère domestique de l'autre, dans la mise en place d'une politique de *care*.

3.1. Pérennité financière et adaptation aux dynamiques structurelles

Le système de protection sociale polynésien a en commun avec de nombreux systèmes par le monde d'être confronté à la question de sa pérennité financière, face à un accroissement significatif de ses dépenses. Ces dépenses incluent l'augmentation des prestations à destination d'une population à forte proportion de longues maladies et vieillissante, mais également des dépenses liées aux évolutions des infrastructures (financement par la CPS du Centre Hospitalier de Polynésie française) et de l'offre de soin. La PSG a également dû, en outre, composer avec une réduction de ses recettes. En 2006, la réforme *Te Autaea'era'a* de baisse des cotisations sociales pour les entreprises a eu des conséquences particulièrement désastreuses sur le financement du système de santé et de protection sociale dans un contexte de hausse des dépenses liée au développement de l'offre de soins (Leca, 2010). Après les effets de la crise

²⁴ Loi du pays n° 2019-6 du 1^{er} février 2019 portant diverses dispositions relatives à l'assurance vieillesse et autres mesures d'ordre social

de 2008 sur l'économie du territoire, la PSG a toutefois retrouvé le quasi-équilibre financier en 2017 et 2018²⁵, sous l'effet d'une conjoncture économique plus favorable.

Les réformes de ces dernières années, voire de ces derniers mois, s'efforcent ainsi d'augmenter les recettes des régimes. Le 2 septembre 2025, le projet de loi de pays relative aux conditions d'affiliation au régime des non-salariés et au contrôle de leur respect a été adopté. Ce projet de loi vient clarifier les obligations de cotisation des pluriactifs exerçant à la fois une activité salariée et non-salariée et permet dans une certaine mesure de faire revenir certains revenus d'activité non salariée dans l'économie formelle, en les soumettant à cotisations. Tel est le cas en particulier avec les travailleurs non-salariés à faible revenus, désormais affiliés au RNS, avec soutien financier du Pays pour le règlement de leurs cotisations, plutôt qu'au RSPF comme auparavant. D'autres revenus se trouvent désormais soumis à cotisation et entraînent l'affiliation de ceux qui les perçoivent, tels que les revenus locatifs et des revenus de capitaux mobiliers au-delà d'un certain seuil. Enfin, le régime RNS est étendu à de nouvelles catégories de personnes, comme les travailleurs de nationalité étrangère ou les associés et gérants de certaines sociétés.

Dans un pays qui ne connaît pas l'impôt sur le revenu, le choix du législateur polynésien s'est tourné vers une contribution des actifs et un financement encore largement assuré par la cotisation. Cela peut s'expliquer par le fait que les réformes fiscales visant à introduire de la redistribution sont historiquement plus sensibles à mettre en place sur le territoire. Cette tendance à poursuivre une augmentation des recettes n'exclut pour autant pas du débat public une nouvelle réforme des retraites. La gestion publique des impacts du vieillissement démographique pour la pérennité du système de protection sociale devrait, ainsi, impliquer des tensions sociales et devenir un enjeu des clivages politiques, du fait des choix budgétaires et des conceptions conflictuelles des solidarités qu'ils impliquent.

Globalement, si le financement du système repose encore largement sur la cotisation sociale, les pouvoirs publics ont avancé des pistes de réaménagement de la répartition des rôles et des budgets du Pays et de la CPS, tel que le transfert de certaines dépenses coûteuses de la PSG vers le territoire, comme la prise en charge des évasans. Cette nouvelle répartition devrait toutefois s'accompagner d'une réflexion portant plus spécifiquement sur la gouvernance. Un partage strict des compétences entre les partenaires sociaux au sein de la CPS (gestion des assurances sociales) et le Pays (gestion de l'aide sociale) a, par exemple, été proposée par la chambre territoriale des comptes (CTC)²⁶.

Dans un contexte de reconfiguration des solidarités et de vieillissement, la pérennité du système de protection sociale dépend ainsi, en grande partie, de sa capacité à s'adapter pour faire face à cette transformation démographique structurelle, notamment en élargissant l'assiette de cotisations (réforme du RNS), en mutualisant les régimes (réforme de la PSU), ou en renforçant la fiscalité. Mais ces transformations sociales posent plus généralement la question du modèle social, à définir ou à redéfinir, et de la répartition des rôles entre plusieurs acteurs de la solidarité.

3.2. Approches préventives et intégratrices d'action publique

En matière d'assurance maladie, il a pu être dressé le constat que « le système coûte cher mais offre moins, et repose davantage sur la consommation de soins curatifs coûteux que sur la prévention » (ISPF, 2022). La prévalence de maladies chroniques (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires) constitue un enjeu prioritaire car ces pathologies requièrent un suivi long et

²⁵ IGAS, IGA, IGF, *Evaluation du système de protection sociale et de santé - Appui au gouvernement de la Polynésie française*, Rapport, 2019.

²⁶ Chambre territoriale des comptes, *Caisse de prévoyance sociale : ensemble des prestations apportées. Te pū tururuta 'a*, Rapport d'observations définitives et ses réponses, 2022

coûteux, qui pèse sur les dépenses de l'assurance-maladie, et notamment sur celles du régime de solidarité RSPF. Afin d'éviter une dégradation du système de santé et de protection sociale, ces tendances sanitaires appellent une réorganisation, touchant à la fois « les moyens affectés au système de santé, leur répartition et les priorités (prévention) » (ISPF, 2022). Outre la répartition des moyens et la maîtrise des coûts, la mise en place d'une approche préventive en santé publique apparaît, ainsi, comme un défi important en matière d'action publique, mais dont l'approche repose encore largement, pour l'heure, sur des campagnes de sensibilisation adressées à la population, plutôt que sur une action publique transversale et multipartenariale. Par ailleurs, dans le contexte polynésien, marqué par la coexistence d'un salariat formel limité (Bastide, 2025) et d'un secteur informel dynamique, la valorisation des activités économiques informelles constitue un enjeu important (Drif, 2025), passant, notamment, par le renforcement, déjà amorcé, des filières de l'économie sociale et solidaire (ESS) ainsi que la formalisation de pratiques productives et de services historiquement enracinés dans l'informel (artisanat, agriculture vivrière ou services de proximité).

Conclusion

L'approche pluridisciplinaire du cas de la Polynésie française permet sans doute d'éprouver l'application des grandes catégorisations de « modèles » ou de « régimes » d'Etat social²⁷, développées à visée comparatiste. Comme tous modèles forgés pour l'essentiel à partir des systèmes européens, ils ne permettent pas toujours de rendre compte du caractère protéiforme des solidarités pratiquées sur un territoire, ni des dynamiques évolutives qui les animent. L'analyse du système polynésien donne à voir la reconfiguration permanente des interactions entre les acteurs institutionnels et la famille dans la construction des politiques sociales, alors que le pays fait face à des défis multiples qui placent son système de protection sociale à un carrefour historique.

Ces transformations ont et auront un impact sur le financement de la PSG et l'organisation des solidarités à l'échelle du territoire, dans un contexte où le système de protection sociale a toujours fonctionné grâce à une sollicitation importante des solidarités familiales par les bénéficiaires. Dans cette perspective, la question n'est plus seulement celle du maintien d'un équilibre budgétaire, mais peut-être celle de la définition d'un modèle social, soumettant au débat public, à la fois la question des objectifs du système (redistribution, accès et recours effectifs aux prestations, soutien aux solidarités familiales), celle des rôles respectifs des acteurs de la protection sociale et celle de l'adhésion au système institutionnel, qui ne pourrait passer que par une formalisation du travail. Un tel système, pour être pérenne, devra être capable de penser l'articulation des solidarités familiale, communautaire, professionnelle, territoriale et nationale, et de prendre en charge des risques nouveaux (tels ceux induits par les changements climatiques). Cette transition pourrait ouvrir la voie à un modèle hybride de protection sociale, combinant pérennité financière, justice sociale et résilience face aux crises.

Bibliographie

Al Wardi, S., Régnault, J.-M. (2011). *Tahiti en crise durable*. Les Éditions de Tahiti.

²⁷ On pense en particulier, pour les plus commentées, aux typologies de Titmuss (R. Titmuss, *Social Policy, an introduction*, George Allen & Unwin LTD, 1974) et d'Esping-Andersen (G. Esping-Andersen, *Les trois mondes de l'État-providence*, PUF, 1999).

Bastide, L. (2025, 16 décembre). *Limites de la fonction intégratrice du salariat et du lien entre protection sociale et travail en Polynésie* [Communication]. Séminaire SOLIPAC : « Solidarités et systèmes de protection sociale dans le Pacifique », Lyon, France.

Chambre territoriale des comptes. (2017). *Rapport d'observations définitives, exercice 2010-2016*.

Chambre territoriale des comptes de la Polynésie française. (2019). *Collectivité de la Polynésie française – Politique de la santé : Rapport d'observations définitives* (PFR20190011). <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/PFR20190011.pdf>

Chambre territoriale des comptes de la Polynésie française. (2025, 7 octobre). *Collectivité de la Polynésie française : la lutte contre la pauvreté et l'exclusion — Rapport d'observations définitives (période 2020-2023)*. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-10/PFR2025011.pdf>

Conseil économique, social et culturel de la Polynésie française. (2024, août). *Rapport n° 156.2024 : La pauvreté et l'exclusion sociale en Polynésie française*. https://www.cesec.pf/sites/default/files/2024-08/CESEC_Rapport_156.2024.pdf

Debene, M. & Leca A. (2012). *Les dépenses de santé en Polynésie française : Actes du Laboratoire Gouvernance et Développement Insulaire*. [Wellington] : Association de Législation Comparée de Pays du Pacifique, en collaboration avec la Victoria University Law Review, la New Zealand Association for Comparative Law et l'Université de la Polynésie française²⁸.

Dos Santos, L. (2023). *Vieillir en famille : Une sociologie des risques sociaux associés au care familial en Polynésie française* (Les Papiers de la Fondation, n° 53). Fondation Croix-Rouge française. https://www.fondation-croix-rouge.fr/wp-content/uploads/2023/04/fcrf_pdlf53_dos-santos_promo22_fevr22_fr-1.pdf

Dos Santos, L. (2024b). *Vieillir en Polynésie française* (Rapport scientifique). Ministère des Solidarités et de la Famille de la Polynésie française & Maison des Sciences de l'Homme du Pacifique.

Dos Santos, L. (2025a). « Aujourd'hui, la relation familiale est monnayée » : gestion familiale des revenus sociaux et conflictualités en Polynésie française. In L. Bastide, D. Regnier & L. Hervouet (Eds.), *Tensions océaniques. Modernités et fractures postcoloniales dans le Pacifique insulaire* (pp.53-67) (Éditions MSH-P, ISBN 978-2-49361-691-3).

Dos Santos, L., & Servy, A. (2026). *Difficultés d'accès aux services de santé en Polynésie française : approche qualitative*. Revue Santé publique. À paraître.

Drif, L. (2025). *Les pratiques de subsistance des nouvelles classes populaires urbaines en Polynésie française : 2e volet « Les héritages sociaux des essais nucléaires en Polynésie française »* (Rapport d'enquête). Délégation polynésienne pour le Suivi des Conséquences des Essais Nucléaires & Maison des Sciences de l'Homme du Pacifique.

²⁸ Disponible en ligne sur : https://ndhadeliver.natlib.govt.nz/delivery/DeliveryManagerServlet?dps_pid=IE52573516

Drollet, S. (1996). *Le système polynésien de sécurité sociale*. Presses universitaires d'Aix-Marseille.

Drollet, S. (2006). La protection sociale en Polynésie française : du modèle métropolitain au système polynésien. In T. Michalon (Dir.), *Entre assimilation et émancipation : l'outre-mer français dans l'impasse*. Les Perséides.

Esping-Andersen, G. (1999). *Les trois mondes de l'État-providence : Essai sur le capitalisme moderne*. Épilogue inédit de l'auteur. Préface de François-Xavier Merrien (2007). Paris : Presses Universitaires de France.

Fardeau, L., & Lelièvre, É. (2023). Vivre en famille élargie : une pratique très courante en Polynésie française. *Population & Sociétés*, (616). <https://doi.org/10.3917/popsoc.616.0001>

Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Inspection générale des finances, & Inspection générale de l'administration. (2019, avril). *Évaluation du système de protection sociale et de santé – Appui au gouvernement de la Polynésie française* (Rapport IGAS n° 2018-104R / IGA n° 18074-R / IGF n° 2018-M062-03). <https://documentation.insp.gouv.fr/insp/doc/VIIEPUBLIQUE/904BD289A67A1D5D2E1620F1BCBC674B/evaluation-du-systeme-de-protection-sociale-et-de-sante-appui-au-gouvernement-de-la-polynesie-franca?lg=fr-FR>

Institut d'émission d'outre-mer. (2025). Rapport annuel économique 2024 de la Polynésie française. IEOM. https://www.ieom.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_polynesie_2024_ieom_bd_2.pdf

Institut de la statistique de la Polynésie française (ISPF). (2023). *Des prix plus élevés de 31 % en Polynésie française qu'en France métropolitaine en 2022* (Points Études et Bilans n° 1391). https://www.ispf.pf/content/uploads/1391_Comparaison_spatiale_de_prix_PF_2022_aa73dbdc08.pdf

Institut de la statistique de la Polynésie française. (2020). *Projections de population à l'horizon 2030* (Points Études & Bilans n° 1212). ISPF. <https://data.ispf.pf/docs/default-source/publi-pf-bilans-et-etudes/peb-08-2020-1212-projection-de-population-2030.pdf>

Institut de la statistique de la Polynésie française. (2021). *Rapport de suivi des ODD en Polynésie française*. Présidence de la Polynésie française. <https://www.service-public.pf/daie/wp-content/uploads/sites/14/2021/07/Rapport-ODD-Polynesie-francaise-2021.pdf>

Institut de la statistique de la Polynésie française. (2022). *Diagnostic territorial 2021*. https://www.ispf.pf/content/uploads/1286_Diagnostic_territorial_2021_80f34a06d3.pdf

Institut de la statistique de la Polynésie française. (2023). *Le recensement de la population en Polynésie française – 2022* (Points Référence n° 1396). https://www.ispf.pf/content/uploads/1396_Resultats_RP_2022_1afc1b4321.pdf

Institut de la statistique de la Polynésie française. (2024). *Coup d'œil – Niveau de vie*. <https://data.ispf.pf/themes/EmploiRevenus/NiveauVie.aspx>

Institut de la statistique de la Polynésie française. (2024). *Le taux d'emploi est à son plus haut niveau depuis six ans : enquête emploi 2024* (Publication n° 1468). https://www.ispf.pf/content/uploads/1468_Bilan_enquete_emploi_2024_9e52b6143d.pdf

Institut de la statistique de la Polynésie française. (2025). *Bilan démographique 2024* (Points études et bilans n° 1482). <https://www.ispf.pf/publication/1482>

ISPF. (2015). *L'autoconsommation demeure une aide importante pour les budgets modestes. Points forts de la Polynésie française, n°07. Études.* https://data.ispf.pf/docs/default-source/publi-pf-bilans-et-etudes/pf-etudes-2017-n7-ebf-2015imac_66br.pdf?sfvrsn=12

Leca, A. (2010). Aperçu historique sur la mise en place et le développement de l'assurance-maladie en Polynésie française (1956-2009). In *Les dépenses de santé en Polynésie française : Actes du colloque du laboratoire Gouvernance et Développement Insulaire* (Université de la Polynésie française, 3 décembre 2010).

Leca, A. (2010). La Polynésie française face à la nécessaire maîtrise des dépenses de santé. *Comparative Law Journal of the Pacific / Journal de droit comparé du Pacifique*, 11, 19–40.

Les approches de la pauvreté en Polynésie française. (2006). *Horizon IRD : Bulletin d'information de l'IRD* (nouvelle série). https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers11-06/010051341.pdf

Loi n° 84-820 du 6 septembre 1984 portant statut du territoire de la Polynésie française. (1984). *Journal officiel de la République française.* <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000320666>

Neveu, É. (2015). *Sociologie politique des problèmes publics*. Malakoff : Armand Colin.

Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Plan d'action régional pour le vieillissement en bonne santé dans le Pacifique occidental*. Organisation mondiale de la Santé.

Pasquier, J., Torterat, J., & Jourdan, N. (2025, 25 mars). *La transition démographique en Polynésie française : Du concept au concret* [Communication]. Assises de la vieillesse, Institut de la statistique de la Polynésie française (ISPF).

Polynésie française. (2024). *Les objectifs de développement durable en Polynésie française : Rapport de suivi.* https://www.service-public.pf/daie/wp-content/uploads/sites/14/2025/06/RAPPORT_ODD_PF_2024_V2juin2025.pdf

Protar, L. (2024). Les « décennies CEP » : charnière des transformations de la famille. Dans *Dictionnaire historique du CEP*. Maison des sciences de l'Homme du Pacifique.

Robineau, C. (1989). Familles en transformation : un cas polynésien (Maatea, Moorea, Iles de la Société). *Cahiers des Sciences Humaines*, 25(3), 383–392.

Sierra-Paycha, C., Trabut, L., Lelièvre, É., & Rault, W. (2022). Les ménages complexes en Polynésie française. Résistance à la nucléarisation ou adaptation à la « modernité » ? *Espace, Populations, Sociétés*, 2022/1. <https://doi.org/10.4000/eps.12347>

Silletti, A.-M. (2021). *La Polynésie française : le statut de l'autonomie et la répartition des compétences* [Université de Bologne].
<https://www.uniba.it/it/docenti/silletti-alida-maria/attivita-didattica/silletti%20a-a-2021-2022/Polynsiefranaiselestatutdelautonomieetlarpartitiondescomptences.pdf>

Titmuss, R. M. (1974). *Social policy: An introduction*. George Allen & Unwin.

Vernaudeau, C. (2014). *Manifeste pour la sauvegarde de la protection sociale généralisée et de la couverture santé universelle en Polynésie française* (Tome 1). 107 p.