



CESEC

'Āpo'ora'a Matutu Tī'a Rau e Mata U'i Nō Pōrīnetia Farāni
Conseil Économique, Social, Environnemental et Culturel de la Polynésie française

AVIS

Sur le projet de loi du pays relative aux établissements publics de santé

SAISINE DU PRÉSIDENT DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

Rapporteuses :

Mesdames Maiana BAMBRIDGE et Avaiki TEUIAU

Adopté en commission le **6 juin 2025**
Et en assemblée plénière le **11 juin 2025**

61/2025

S A I S I N E



Le Président

N° 2975 /PR
(DPS25200941LP-1)

Papeete, le 09 MAI 2025

à

Madame la présidente du Conseil économique, social, environnemental et culturel

Objet : Consultation sur le projet de loi du pays relative aux établissements publics de santé
P. J. : 1 projet de loi du pays

Madame la présidente,

J'ai l'honneur de solliciter l'avis du Conseil économique, social, environnemental et culturel sur le projet de loi du pays relative aux établissements publics de santé conformément à l'article 151 de la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004.

Je vous prie d'agréer, Madame la présidente, l'expression de ma considération distinguée.

Moetai BROTHERS



EXPOSÉ DES MOTIFS

La Polynésie française fait face à des défis structurels et stratégiques dans le domaine de la santé publique, en raison du vieillissement de sa population, de la multiplication des pathologies complexes et de l'évolution des technologies médicales et de la télésanté.

Dans ce contexte, il est indispensable de renforcer la gouvernance et l'efficacité de l'offre publique de santé, partie essentielle de l'offre de soins et pivot du parcours des patients (article LP. 3). Cette réforme s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la qualité, de l'attractivité et de la performance des hôpitaux et structures de santé polynésiens (article LP. 4). Elle constitue une pierre angulaire des politiques publiques sanitaires pour garantir une réponse optimale aux attentes de la population tout en maîtrisant les dépenses publiques.

L'organisation de l'offre de soins en Polynésie française repose sur un écosystème diversifié, incluant des structures publiques et privées, coordonnées par un schéma d'organisation sanitaire (article LP. 3).

Ces structures, qu'il s'agisse d'hôpitaux, de centres médicaux ou de services de soins à domicile, répondent à des besoins variés allant de l'hospitalisation à temps complet aux soins ambulatoires et à la prévention (article LP 3). L'offre de soins est complétée par d'autres acteurs du système de santé que sont par exemple les centres de formation (Institut de formation des professionnels de santé Mathilde Frébault) ou la pharmacie d'approvisionnement (article LP. 18).

Cependant, le fonctionnement actuel des structures publiques de santé, fondé sur un cadre statutaire généraliste et inadapté, limite considérablement leur efficacité, leur performance et leur résilience face aux enjeux sanitaires contemporains. Ce mode de gestion rigide impose des silos organisationnels, des contraintes budgétaires incompatibles avec la réactivité requise, et des règles de recrutement peu attractives pour les professionnels de santé (article LP. 11, LP. 12 et LP. 14). Cette situation freine la modernisation du système de santé public et entrave sa capacité à répondre aux défis majeurs tels que les maladies non transmissibles et les crises sanitaires, à l'image de la pandémie de Covid-19.

De plus, l'absence de synergie réelle entre les secteurs public et privé, notamment pour les soins d'aval (soins de suite, réadaptation, soins à domicile), réduit l'efficacité globale du système de santé et empêche l'optimisation des ressources disponibles (article LP. 15). Cette fragmentation compromet l'objectif d'une prise en charge coordonnée et intégrée, pourtant essentielle pour garantir un service de qualité à la population.

Pour remédier à ces insuffisances structurelles, le présent projet de loi du pays propose la création d'une nouvelle catégorie d'établissement public, les « établissements publics de santé », dotée d'un cadre juridique spécifique adapté aux exigences du secteur sanitaire (article LP. 3 et LP. 4). Cette réforme marque une étape majeure dans la refonte du système de santé polynésien, en permettant :

- Une mutualisation accrue des moyens grâce à la mise en place du groupement hospitalier de Polynésie française favorisant les synergies entre les secteurs public et privé (articles LP. 5 et LP. 44) ;
- Une attractivité renforcée des structures publiques pour les professionnels de santé, grâce à des conditions de travail et des statuts adaptés (article LP. 14) ;
- Une efficacité améliorée de l'offre de soins, en simplifiant les processus décisionnels et en renforçant l'adaptabilité face aux besoins de santé évolutifs (articles LP. 22 à LP. 25).

Ce projet s'inscrit dans une vision politique ambitieuse : bâtir un système de santé résilient, moderne et inclusif, garantissant à tous les citoyens polynésiens un accès équitable à des soins de qualité, tout en maîtrisant les dépenses publiques.

I. L'établissement public de santé : un pilier stratégique pour l'avenir de l'offre de soins

L'établissement public de santé (EPS) constitue une réforme ambitieuse et structurante visant à répondre aux spécificités et aux contraintes du système de santé en Polynésie française. Conçu comme un outil stratégique pour moderniser le système de santé, les EPS exercent des activités variées dans le domaine de la santé telles que (article LP. 4) :

- La délivrance des soins ;
- La prévention ;
- La formation des professionnels de santé et des intervenants dans le domaine sanitaire ;
- La participation à la recherche médicale.

Cette approche dépasse la simple prestation de soins en intégrant des dimensions éducatives et scientifiques cruciales pour le développement durable du système de santé. En positionnant les EPS comme des entités stratégiques au sein du groupement hospitalier de la Polynésie française (GHPF), le projet vise à renforcer l'ancrage local des formations et des recherches médicales. Cela constitue un enjeu majeur pour attirer et retenir les talents, tout en améliorant l'accès aux soins et leur qualité sur l'ensemble de la Polynésie française (article LP 44).

Le projet de loi du pays consacre des spécificités juridiques et organisationnelles aux EPS, témoignant de leur importance dans la transformation du paysage sanitaire :

- **Règles budgétaires et comptables spécifiques** : Le contrôle des comptes sera assuré par un commissaire aux comptes, garantissant la transparence et la rigueur. Ces établissements disposeront d'un contrôle préalable à l'engagement de leur dépense soit par le contrôle des dépenses engagés soit par un système interne équivalent garantissant la même finalité. En cas de déséquilibre budgétaire, un plan de redressement pourra être initié sur décision du ministre de la santé (articles LP. 7 à LP. 11) ;
- **Statut du personnel adapté** : Les EPS permettront à leurs agents de cumuler des activités publiques et privées et disposeront de règles spécifiques de recrutement pour renforcer leur attractivité et flexibilité (article LP. 14) ;

Ces mesures seront précisées par délibérations et s'inscriront dans une vision plus large de réforme, incluant la modernisation du droit comptable polynésien initiée par la délibération n° 2024-105 APF du 14 novembre 2024 ainsi que la refonte des statuts des personnels médicaux et paramédicaux de la Polynésie française dont les travaux ont débuté, cette dernière témoignant d'une volonté politique claire de répondre aux besoins croissants des polynésiens en matière de santé.

La participation obligatoire des EPS délivrant des soins au groupement hospitalier de la Polynésie française (GHPF) constitue une stratégie de mutualisation des moyens, favorisant les synergies indispensables à l'amélioration des services publics de santé (article LP. 44). De plus, l'introduction de l'activité privée dans les EPS vise à maximiser l'utilisation des infrastructures tout en générant des revenus complémentaires et en améliorant l'attractivité des emplois publics dans le secteur de la santé (articles LP. 15 et LP. 16).

Les EPS se déclinent en trois sous-catégories :

- **Établissement hospitalier central** : Doté d'un haut niveau de technicité, ce type d'établissement est l'établissement de dernier recours pour les pathologies graves. Il joue un rôle clé dans la gestion des urgences et des soins spécialisés (article LP. 21) ;
- **Établissement périphérique** : Structure de proximité, ils assurent des soins courants, en hospitalisation ou en ambulatoire, renforcent l'accès à la santé dans les zones éloignées et participent aux soins d'urgence (article LP. 22) ;
- **Établissement de santé spécialisé** : Centré sur des activités de santé spécifiques, notamment de la recherche et de la formation, ce type d'établissement est essentiel pour relever les défis technologiques et scientifiques du secteur (article LP. 23) .

Chaque EPS sera créée par le conseil des ministres, conformément à la compétence qui lui est conférée par la loi organique statutaire. L'écosystème pourra donc comprendre plusieurs EPS d'un même type, même si l'établissement hospitalier central a, par nature, vocation à être unique. La création d'EPS n'empêchera pas le maintien de services administratifs ou d'autres types d'établissements publics (établissement public administratif ou établissement public à caractère industriel et commercial) dans le système de santé, si ces organisations se révèlent, dans certains cas, les plus adaptées.

II. Une gouvernance collaborative, représentative et adaptée

Les EPS bénéficieront d'une gouvernance innovante et démocratique, articulée autour d'un conseil de surveillance (articles LP. 24 à LP. 30) et d'un directoire (articles LP. 31 à LP. 35).

Le conseil de surveillance, instance stratégique paritaire, rassemble des représentants politiques, professionnels et qualifiés. Il définit les grandes orientations de l'EPS et veille à leur mise en œuvre. Il donne également son avis sur la politique de santé ou la participation de l'EPS au groupement hospitalier de Polynésie française. Son président ne peut pas être le ministre en charge de la santé ou de la protection sociale généralisée (articles LP. 27).

Le directoire, composé de trois membres nommés en conseil des ministres, pilote l'exécution des décisions et la gestion opérationnelle. Ses membres sont un directeur général, un directeur administratif et un directeur technique (médical, pédagogique ou scientifique, en fonction des missions de l'EPS), tous trois nommés en conseil des ministres.

Pour les petits EPS, un directeur général peut être nommé en lieu et place d'un directoire (article LP. 22 et LP. 34).

Chaque EPS s'appuiera sur un projet d'établissement quinquennal, validé par le conseil des ministres, pour structurer son action et instaurer un dialogue social constructif (article LP.41 à LP. 43).

III. Le groupement hospitalier de la Polynésie française (GHPF) : un outil de coordination et d'innovation

Le projet de loi instaure le GHPF, socle de la coopération entre les EPS délivrant des soins et leurs partenaires publics et privés (articles LP. 44 à LP. 52). En fédérant les ressources et les compétences, le GHPF garantit une optimisation des moyens et une harmonisation des pratiques sur l'ensemble de la Polynésie française.

La mutualisation obligatoire couvre :

- La mise en œuvre d'un système d'information convergent ;

- La gestion centralisée des données médicales ;
- Les achats, pour réduire les coûts ;
- La coordination des formations, afin de développer un vivier de compétences locales.

Avec la possibilité pour le GHPF d'acquérir une personnalité morale (article LP. 45), cette réforme traduit une volonté politique forte d'encourager l'innovation, l'efficacité et l'équité dans l'accès aux soins. Ce cadre est un signal clair en faveur d'une coopération renforcée entre les secteurs publics et privés au service de la santé des polynésiens.

Conformément à la loi organique statutaire, le conseil des ministres crée les établissements publics de santé : c'est à cette occasion que sera défini le contour précis de chaque établissement ainsi que les missions qui lui sont dévolues, dans la limite des missions listées à l'article LP 4. L'arrêté portant création d'un EPS précisera les dispositions transitoires assurant la continuité des missions pendant la transformation de l'entité. Ces dispositions transitoires ne pourront cependant pas excéder 36 mois à compter de la date de publication de l'arrêté au Journal Officiel de la Polynésie française créant l'établissement public de santé (article LP. 54).

Tel est l'objet du projet de loi du pays que j'ai l'honneur de soumettre à votre approbation.



TEXTE ADOPTÉ N°

ASSEMBLÉE DE POLYNÉSIE FRANÇAISE

LOI ORGANIQUE N° 2004-192 DU 27 FÉVRIER 2004

SESSION **ORDINAIRE**

"[ex.13 mars 2024]"

PROJET DE LOI DU PAYS

(NOR : DPS25200941LP-3)

relative aux établissements publics de santé

(Texte phase préparatoire)

L'Assemblée de Polynésie française a adopté le projet de loi du pays dont la teneur suit :

Travaux préparatoires :

- Avis n°[NUMERO]/CESEC du "[ex.13 mars 2024]" du Conseil économique, social, environnemental et culturel de la Polynésie française ;
 - Arrêté n°[NUMERO]/CM du "[ex.13 mars 2024]" soumettant un projet de loi du pays à l'Assemblée de la Polynésie française ;
 - Rapport n° [NUMERO] du "[ex.13 mars 2024]" de "[ex. M. Prénom NOM]", rapporteur du projet de loi du pays ;
 - Adoption en date du "[ex.13 mars 2024]" texte adopté n°[NUMERO] du "[ex.13 mars 2024]" ;
 - Décision n°[NUMERO]/CE du "[ex.13 mars 2024]" du Conseil d'Etat ;
 - Publication à titre d'information au JOPF n° [NUMERO] spécial du "[ex.13 mars 2024]" .
-

Article LP. 1.— Les structures mentionnées à l'article 9 de la délibération n° 92-96 comprennent :

- les établissements publics, doté de la personnalité juridique ;
- les structures directement administrées par la Polynésie française ;
- les groupements ou sociétés dans lesquels la Polynésie française ou ses établissements publics de santé sont membres ou associés.

TITRE I - LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

Article LP. 2.— Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière dont l'objet principal n'est ni industriel ni commercial.

Ils sont soumis au contrôle de la Polynésie française dans les conditions prévues par le présent titre.

Article LP. 3.— Les établissements publics de santé sont créés par arrêté pris en conseil des ministres, dans les conditions prévues, le cas échéant, par la loi du pays relative à l'organisation sanitaire. Ils sont dotés d'un statut spécifique qui justifie de leur implantation locale ainsi que leur rôle dans les politiques publiques en matière de santé.

Article LP. 4.— Les établissements publics de santé exercent en matière de santé, notamment l'une ou plusieurs des missions suivantes :

- la délivrance de soins de qualité accessibles à tous et en toute sécurité ;
- la prévention en matière de santé ;
- la formation des professionnels de santé et des professionnels intervenant dans le domaine de la santé ;
- la recherche médicale.

Article LP. 5.— Les établissements publics de santé ont l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population de la Polynésie française.

Ils contribuent au service public hospitalier dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité.

Ils assurent, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Ils délivrent des soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement hébergement à vocation sociale ou médico-sociale.

Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

En fonction de leurs spécificités, ils peuvent participer à la formation, à la recherche, prévention et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical.

Article LP. 6.— La Polynésie française participe à leur gouvernance et elle est étroitement associée à la définition de leurs stratégies afin de garantir le meilleur accès aux soins et la prise en compte de problématiques de la politique de santé de la Polynésie française.

Section 1 - Règles budgétaires et financières

Article LP. 7.— Les établissements publics de santé sont soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable particulier.

Sous réserve des dispositions suivantes, les règles budgétaires, financières et comptables applicables aux établissements publics de santé sont prévues par une délibération de l'Assemblée de la Polynésie française.

Article LP. 8.— Sont soumis à la certification de leurs comptes, les établissements publics de santé dont le total des produits du compte de résultat principal, constaté lors de l'approbation du compte financier, est égal ou supérieur à douze milliards francs pacifiques (12 000 000 000 F CFP) pendant trois exercices consécutifs. La certification s'applique aux comptes de l'exercice suivant l'approbation du compte financier du dernier de ces trois exercices.

Cette certification, à la charge de l'établissement publics de santé, est effectuée avant adoption des comptes exécutés par un commissaire aux comptes titulaire et un commissaire aux comptes suppléant désignés par le ministre de la Santé pour un mandat de 6 ans éventuellement renouvelable.

Le rapport du commissaire aux comptes chargé de la certification des comptes est transmis aux membres du conseil de surveillance, au directeur et aux membres du directoire de l'établissement public de santé ainsi qu'au ministre de la Santé préalablement à l'examen des comptes exécutés.

Sans préjudice des dispositions transitoires visées à l'article LP. 53, le présent article s'applique à compter du quatrième exercice comptable de l'établissement public de santé nouvellement créé.

Article LP. 9.— Les établissements publics de santé disposent d'un contrôle préalable sur l'engagement de leurs dépenses effectué soit par le contrôleur des dépenses engagées de la Polynésie française soit par un système interne de contrôle équivalent garantissant la même finalité. L'arrêté de création et d'organisation de l'établissement public de santé précise le système de contrôle des dépenses engagées retenu.

Article LP. 10.— Les ressources des établissements publics de santé peuvent comprendre :

- 1°) Les produits de l'activité et de la tarification sanitaire et sociale ;
- 2°) Les subventions et autres concours financiers de la Polynésie française et de toute personne publique, ainsi que les dotations et subventions des régimes de protection sociale ;
- 3°) Les revenus de biens meubles ou immeubles et les redevances de droits de propriété intellectuelle ;
- 4°) La rémunération des services rendus ;
- 5°) Les produits des aliénations ou immobilisations ;
- 6°) Les emprunts, dans les limites et sous les réserves prévues à l'article LP. 11 ;
- 7°) Les libéralités, dons, legs et leurs revenus ;
- 8°) Toutes autres recettes autorisées par la réglementation en vigueur.

Article LP. 11.— Les établissements publics de santé et leurs groupements ne peuvent souscrire des emprunts auprès des établissements de crédit que dans les limites et sous les réserves suivantes :

- l'emprunt est libellé en euros ou en francs pacifique ;
- le taux d'intérêt peut être fixe ou variable ;
- la formule d'indexation des taux variables doit répondre à des critères de simplicité ou de prévisibilité des charges financières des établissements publics de santé et de leurs groupements.

Un arrêté du conseil des ministres détermine les indices et les écarts d'indices autorisés pour les clauses d'indexation des taux d'intérêt variables, ainsi que le taux maximal de variation du taux d'intérêt.

Aucun emprunt ne peut être conclu par un établissement public de santé avant l'approbation, par le conseil des ministres, de la délibération du conseil de surveillance relative à la convention d'emprunt.

Le taux d'endettement en fonctionnement d'un établissement public de santé ne peut pas excéder un pourcentage de ses produits de fonctionnement défini par arrêté pris en conseil des ministres.

L'arrêté de création et d'organisation d'un établissement public de santé peut prévoir que cet établissement a l'interdiction de recourir à des emprunts en fonctionnement.

Article LP. 12.— Le ministre de la Santé demande à un établissement public de santé de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe, compris entre un et trois mois, dans l'un des cas suivants :

- lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige ;
- lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par la délibération de l'Assemblée de la Polynésie française visée à l'article LP. 7.

Les modalités de retour à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il est également transmis au ministre de tutelle en même temps que les comptes adoptés.

Section 2 - Dispositions relatives au statut des personnels des établissements publics de santé

Article LP. 13.— Les règles statutaires particulières applicables aux agents des établissements publics de santé sont prévues par une délibération de l'Assemblée de la Polynésie française. Elles tiennent compte notamment de l'exigence liées à la technicité requise pour exercer certaines professions, de la rareté de certaines compétences, du caractère vital de certaines missions, des contraintes liées à la permanence des soins.

La procédure de recrutement définie par cette délibération a pour but de pourvoir aux postes vacants dans un établissement public de santé en utilisant toutes voies de simplification définies par voie réglementaire permettant que les postes soient pourvus dans les meilleurs délais.

En l'absence de solutions adaptées dans le cadre des statuts existants et dans l'attente de l'adoption de la délibération visée au présent article, les établissements publics de santé peuvent recourir au recrutement d'agents sous contrat à durée indéterminée.

Par dérogation aux dispositions existantes en matière de cumul d'activité, les personnels de santé des établissements publics de santé peuvent exercer une activité libérale sous réserve que l'exercice de cette activité n'entrave pas l'accomplissement de ses missions au sein de l'établissement, après avis de la commission technique d'établissement et autorisation du directeur de l'établissement.

Un arrêté du conseil des ministres précise les conditions dans lesquelles l'exercice de l'activité libérale n'entrave pas l'accomplissement des missions au sein de l'établissement en définissant notamment une quotité ou un pourcentage maximal de l'activité libérale exercée.

Section 3- Coopération entre acteurs publics et privé de la santé

Article LP. 14.— Les établissements publics de santé ayant pour mission la délivrance de soins sont réunis au sein du groupement hospitalier de Polynésie française prévu au titre II de la présente loi du pays.

Article LP. 15.— Les établissements publics de santé peuvent conclure des conventions ou contrats de coopération pour la réalisation de prestations ou projets contribuant à leurs missions de service public, notamment dans les domaines logistiques, technologiques ou organisationnels.

Ces convention ou contrats sont régies par les principes de transparence, d'égalité de traitement et de mise en concurrence, conformément aux dispositions du code polynésien des marchés publics.

Les modalités de ces partenariats, incluant les conditions de suivi et d'évaluation, sont prévues par arrêté pris en conseil des ministres.

Ils peuvent autoriser en leur sein, sur délibération de leur conseil de surveillance, l'exercice d'activités privées libérales ou sous forme de société, intervenant dans le champ des missions prévues à l'article LP. 4, dès lors que ces activités privées conservent un caractère accessoire et ne nuisent pas à la qualité ou à la continuité de l'offre publique de santé. Les délibérations autorisant les activités privées libérales ou sous forme de société sont exécutoire après approbation du conseil des ministres.

Les activités privées ainsi autorisées donnent lieu au versement à l'établissement ou, en cas d'activité partagée au sein du groupement hospitalier de Polynésie française, aux établissements, par le praticien d'une redevance dans des conditions déterminées par arrêté pris en conseil des ministres.

Un arrêté du conseil des ministres précise, par type d'établissement, les activités privées et les types de société autorisés ainsi que les conditions dans lesquelles ces activités conservent un caractère accessoire, au regard notamment du chiffre d'affaires qu'elles génèrent ou du temps qui leur est consacré.

Les établissements publics de santé sont autorisés, dans le cadre de leurs missions et pour l'accomplissement de ses objectifs, à constituer ou à participer à la création de filiales. Ces filiales peuvent prendre la forme de sociétés commerciales ou d'entités juridiques distinctes, dotées de la personnalité morale, conformément à la réglementation en vigueur.

CHAPITRE II - LES SOUS-CATEGORIES D'ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Article LP. 16.— Un établissement public de santé peut être :

- un établissement hospitalier central ;
- un établissement périphérique ;
- un établissement de santé spécialisé.

Article LP. 17.— L'établissement hospitalier central a pour mission principale les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée ou liées à des affections graves en phase aiguë, les soins palliatifs, les accouchements et les traitements ambulatoires.

Article LP. 18.— L'établissement hospitalier central peut comporter :

- des unités d'hospitalisation pour pratique médicale, chirurgicale ou obstétricale courante ;
- des unités d'hospitalisation pour soins hautement spécialisés définis par arrêté pris en conseil des ministres ;
- éventuellement, des unités de moyen séjour pour convalescence, cure, réadaptation ;
- éventuellement, des unités de long séjour assurant l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien ;
- toute autre unité ou service nécessaire à son activité.

Article LP. 19.— Un établissement périphérique peut comporter :

- un ou des hôpitaux régionaux avec les mêmes missions que les centres hospitaliers définies à l'article LP. 17 et LP. 18, mais de capacité moins importante et ne disposant pas d'unité d'hospitalisation pour soins hautement spécialisés ;
- un ou des centres médicaux dont la mission principale est d'assurer les actions de médecine préventive, les traitements courants, les analyses et examens complémentaires et éventuellement les accouchements ;
- un ou des infirmeries ayant pour mission d'assurer les actions de médecine préventive, les soins courants et, éventuellement, les accouchements ;
- les dispensaires et postes de secours assurant des soins de proximité ;
- toute autre unité ou structure nécessaire à son activité.

Article LP. 20.— Un établissement de santé spécialisé peut être :

- un centre de moyen séjour pour convalescence, cure ou réadaptation, s'il a pour mission principale l'hospitalisation pendant une durée limitée de personnes qui requièrent des soins continus. Il peut, à titre accessoire, comporter des unités de long séjour telles que définies à l'alinéa suivant ;
- un centre de long séjour, s'ils ont pour mission principale d'assurer l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Ce centre peut, à titre accessoire, comporter des unités de moyen séjour telles que définies à l'alinéa précédent ;
- un centre de consultation spécialisé ;
- un centre de recherche ;
- un établissement de formation des professionnels de santé ou intervenant dans la santé ;
- un établissement d'hospitalisation spécialisés lorsqu'il répond aux besoins relatifs à certaines disciplines et affections particulières ;
- une pharmacie ou un établissement de préparation et de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ;
- un autre centre spécialisé en matière de santé ;
- un centre réunissant plusieurs de ces activités.

CHAPITRE III - ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Article LP. 21.— Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre et de toute autre disposition légale ou réglementaire qui leur est applicable.

Article LP. 22.— Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directoire composé de trois personnes.

Ce directoire peut être remplacé par un directeur unique, par arrêté pris en conseil des ministres, lorsque l'effectif de l'établissement public de santé est inférieur à 50 personnes.

Section I - Le conseil de surveillance

Article LP. 23.— Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement public de santé et exerce un contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Article LP. 24.— Le conseil de surveillance délibère sur :

- le projet d'établissement visé à l'article LP. 43 ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel ainsi que le programme d'investissement ;
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directoire ;
- toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- les prises de participation et les créations de filiales ;
- les conventions d'emprunts, avant leur conclusion ;
- l'exercice d'activités privées prévu à l'article LP. 15 et les conditions d'exercices de ces activités ;
- le plan pluriannuel d'investissement.

Article LP. 25.— Le conseil de surveillance donne son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- la participation de l'établissement au groupement hospitalier de Polynésie française quand elle est facultative.

Article LP. 26.— Un bilan est présenté annuellement au conseil de surveillance. Ce dernier est élaboré par le directoire et le président de la commission technique d'établissement et il détaille les actions mise en œuvre par l'établissement pour l'amélioration de l'activité de l'accès aux soins et la gradation des soins, en lien avec la politique du groupement hospitalier de Polynésie française.

Le conseil de surveillance communique au service en charge de l'action sanitaire ses observations sur le rapport annuel et sur la gestion de l'établissement.

Article LP. 27.— Le conseil de surveillance peut à tout moment opérer les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns. Il se fait communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Le directoire communique à la présidence du conseil de surveillance les documents financiers pluriannuels élaborés ainsi que les documents stratégiques relatifs au projet d'établissement et à la participation à des coopérations et réseaux.

Article LP. 28.— En fonction de sa spécificité, le conseil de surveillance est composé au maximum de neuf membres avec voix délibérative :

- au plus de trois représentants politiques : deux membres du gouvernement et un membre de l'Assemblée de la Polynésie française ;
- au plus trois représentants techniques (médical, pédagogique ou scientifique) membres de la commission technique d'établissement ou représentant l'ordre professionnel ;
- au plus trois représentants qualifiés nommés par le Président de la Polynésie française sur proposition du chef de service l'action sanitaire. Lorsque l'établissement public de santé a tout ou partie de ses missions financées par la protection sociale généralisée, l'un au moins de ces représentants qualifiés est obligatoirement un membre du conseil d'administration de la Caisse de prévoyance sociale.

Article LP. 29.— Le président du conseil de surveillance est nommé par arrêté du conseil des ministres. Ce dernier ne peut être ni le ministre en charge de la santé, ni le ministre en charge de la protection sociale généralisée, ni le représentant de la Caisse de prévoyance sociale.

Article LP. 30.— Le représentant de l'organisation syndicale la plus représentative au sein de l'établissement public de santé ainsi que celui des usagers participe aux séances du conseil de surveillance avec une voix consultative.

Article LP. 31.— Le chef du service en charge de l'action sanitaire participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative. Il peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.

Il peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle.

Article LP. 32.— Nul ne peut siéger à plus d'un titre au sein du conseil de surveillance.

Article LP. 33.— Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :

- s'il encourt une peine d'interdiction de ces droits civiques ;
- s'il est membre du directoire ;
- s'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ;
- s'il est agent de l'établissement sauf les représentants techniques ou le représentant de l'organisation syndicale prévu à l'article LP. 30.

Article LP. 34.— Pour chaque établissement public de santé, le nombre des membres du conseil de surveillance, la durée de leur mandat, les modalités de leur nomination et les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance sont fixés par arrêté du conseil des ministres. Le nombre et la composition du conseil de surveillance respecte obligatoirement une parité entre les membres des trois groupes listés à l'article LP. 28.

Section II - Le directoire

Article LP. 35.— Le directoire est composé de trois membres suivants :

- le directeur général ;
- le directeur administratif et financier ;
- le directeur technique.

Article LP. 36.— Les membres du directoire sont nommés par le conseil des ministres après avis du chef de service en charge de l'action sanitaire. Les conditions et qualification à remplir pour ces fonctions sont prévues par un arrêté pris en conseil des ministres.

Article LP. 37.— Le directoire conduit la politique générale de l'établissement. Il exécute les délibérations du conseil de surveillance.

Article LP. 38.— Le directeur général :

- est ordonnateur des recettes et des dépenses de l'établissement ;
- représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement ;
- recrute le personnel de l'établissement ;
- exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques, réglementaires ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art et des dispositions applicables au statut de ce personnel ;
- peut organiser l'exercice d'une activité privé en son sein après délibération du conseil de surveillance ;
- élabore avec la commission technique d'établissement les actions mise en œuvre par l'établissement pour l'amélioration de l'activité de l'accès aux soins et la gradation des soins ;
- élabore le rapport annuel sur l'activité de l'établissement.

Il peut déléguer une partie de ces pouvoirs à l'un des membres du directoire et déléguer sa signature aux personnels placés sous son autorité dans des conditions définies par arrêté du conseil des ministres.

Lorsque, conformément aux dispositions du second alinéa de l'article LP. 22, un directeur général est nommé en lieu et place du directoire, il nomme un directeur adjoint.

En cas d'absence ou d'empêchement, les fonctions dévolues au directeur général sont assurées par le directeur administratif et financier ou par le directeur adjoint prévu à l'alinéa précédent.

Section III - La commission technique d'établissement

Article LP. 39.— Chaque établissement public de santé comprend une commission technique d'établissement qui élabore et participe à la mise en œuvre de la stratégie de l'établissement et de son projet en lien avec celui du groupement hospitalier de Polynésie française.

Article LP. 40.— En fonction de la spécificité de l'établissement public de santé, la commission technique d'établissement est notamment :

- une commission médicale d'établissement ;
- une commission pédagogique d'établissement ;
- une commission scientifique d'établissement.

Article LP. 41.— La commission technique d'établissement a pour mission de :

- donner un avis sur le projet médical, scientifique ou pédagogique de l'établissement ;
- superviser la qualité des soins ou de la mission exercée et la sécurité des patients ;
- participer à l'organisation des activités de soins, de formation et de recherche ou à tout autre activité de santé de l'établissement.
- contribuer à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Article LP. 42.— Les matières pour lesquels la commission technique d'établissement est consultée sont prévues par un arrêté pris en conseil des ministres.

La commission technique d'établissement est composée des représentants des personnels techniques, notamment :

- les personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques lorsqu'il s'agit d'une commission médicale d'établissement ;
- les formateurs lorsqu'il s'agit d'une commission pédagogique d'établissement ;
- les chercheurs lorsqu'il s'agit d'une commission scientifique d'établissement.

Elle élit son président.

Sa composition peut varier en fonction de la nature de l'établissement. Ces règles ainsi que son fonctionnement sont fixées par arrêté pris en conseil des ministres.

Section IV - Le projet d'établissement

Article LP. 43.— Les établissements publics sont tenus d'élaborer un projet d'établissement dont l'objet est de définir sur plusieurs années les grandes orientations de la politique générale de l'établissement en adéquation avec les objectifs inscrits dans le schéma d'organisation sanitaire.

1°) Le projet d'établissement regroupe plusieurs volets qui structurent l'organisation et les missions de l'établissements publics de santé : le projet technique : en fonction de la spécificité de l'établissement, il s'agira :

- d'un projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques qui définissent, chacun dans les domaines qu'il recouvre, les objectifs stratégiques d'évolution de l'organisation des filières de soins, du fonctionnement médical et des moyens médico-techniques permettant de répondre aux besoins de santé de la population ;
- d'un projet pédagogique ;
- d'un projet scientifique.

2°) Le projet social qui définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs ;

3°) Le projet de gouvernance et de management participatif de l'établissement qui définit les orientations stratégiques en matière de gestion de l'encadrement et des équipes médicales, paramédicales, administratives, techniques pédagogique, scientifique et logistiques, à des fins de pilotage, d'animation et de motivation à atteindre collectivement les objectifs du projet d'établissement.

Article LP. 44.— Le projet d'établissement est approuvé par le conseil de surveillance pour une durée de cinq ans. Il est exécutoire après validation du conseil des ministres.

TITRE II - GROUPEMENT HOSPITALIER DE POLYNESIE FRANÇAISE

Article LP. 45.— Chaque établissement public de santé ayant pour mission la délivrance de soins est parti à la convention de groupement hospitalier de Polynésie française.

Le groupement hospitalier de Polynésie française peut être doté de la personnalité morale, sur demande conjointe de l'ensemble des directeurs généraux des établissements partis et sous réserve de délibérations concordantes des conseils de surveillance ou par décision du ministre de la Santé. Il est une personne morale de droit public s'il est composé uniquement d'entités de droit public. Il peut également être une personne morale de droit privé s'il est composé notamment d'entités visées à l'article LP. 15.

Les établissements ou services médico-sociaux publics ainsi que les établissements publics de santé ayant une autre mission de santé peuvent être parties à la convention de groupement hospitalier de Polynésie française, sous réserve que leur participation soit approuvée par le ministre de la Santé. Peuvent également y participer, les autres structures prévues au LP. 1.

Les opérateurs privés intervenant dans le domaine sanitaire ou social peuvent être partenaires du groupement hospitalier de Polynésie française. Ce partenariat prend la forme de la convention de coopération prévue à l'article LP. 15.

Un arrêté en conseil des ministres précise les conditions dans lesquelles est approuvée la participation d'un établissement ou service médico-social ou d'un établissement public de santé à la convention de groupement hospitalier de Polynésie française.

Article LP. 46.— Le groupement hospitalier de Polynésie française a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou de moyens ou par des transferts d'activités entre établissements.

Article LP. 47.— Les établissements publics de santé, parties au groupement hospitalier de Polynésie française, élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé du groupement hospitalier de Polynésie française.

Article LP. 48.— La convention constitutive du groupement hospitalier de Polynésie française est élaborée puis transmise à la Polynésie française qui apprécie la conformité de la convention avec les projets territoriaux de santé.

Article LP. 49.— La convention constitutive du groupement hospitalier de Polynésie française définit un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement et les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment la désignation de l'établissement support.

Le contenu de la convention constitutive est prévu par un arrêté pris en conseil des ministres.

Article LP. 50.— Le ministre de la santé peut solliciter les modifications nécessaires pour assurer la conformité de la convention. Il approuve la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées.

Article LP. 51.— Quatre activités seront obligatoirement transférées à l'établissement support désigné du groupement :

- la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent ;
- la gestion d'un département de l'information médicale ;
- la fonction achats ;
- la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale et des plans de formation continue et de développement professionnel continu.

TITRE III - DISPOSITIONS FINALES

Article LP. 52.— L'article 10 de la délibération n° 92-96 AT du 1er juin 1992 portant réforme du système hospitalier est abrogé.

Article LP. 53.— Conformément aux dispositions de la loi organique portant statut d'autonomie de la Polynésie française, chaque établissement public de santé est créé par arrêté du conseil des ministres.

Cet arrêté définit l'organisation de l'établissement public de santé, dans les limites fixées par la présente loi du pays et de ses dispositions d'application.

L'arrêté créant un établissement public de santé définit les modalités transitoires permettant d'assurer la continuité des missions entre un service ou un établissement existant et l'établissement de public de santé reprenant ses missions. Cependant, cette période transitoire ne peut excéder 36 mois à compter de la date de publication de l'arrêté créant l'établissement public de santé.

Délibéré en séance publique, à Papeete, le "[ex.13 mars 2024]"

Le Président

Signé :

AVIS

Vu les dispositions de l'article 151 de la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée, portant statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu la saisine n° **2975/PR du 9 mai 2025** du Président de la Polynésie française reçue le **13 mai 2025**, sollicitant l'avis du CESEC sur **un projet de loi du pays relative aux établissements publics de santé** ;

Vu la décision du bureau réuni le **13 mai 2025** ;

Vu le projet d'avis de la commission « Santé et solidarités » en date du **6 juin 2025** ;

Le Conseil économique, social, environnemental et culturel de la Polynésie française a adopté, lors de la séance plénière du **11 juin 2025**, l'avis dont la teneur suit :

OBJET DE LA SAISINE

Le Président de la Polynésie française soumet à l'avis du Conseil économique, social, environnemental et culturel de la Polynésie française (CESEC), une saisine concernant un projet de loi du pays relative aux établissements publics de santé.

II - CONTEXTE ET OBJECTIFS

La Polynésie française fait face à des défis significatifs en matière de santé publique, qui exigent une adaptation continue de son système de soins. Le vieillissement de la population entraîne une augmentation des besoins médicaux liés aux maladies chroniques, à la perte d'autonomie et à la prise en charge du grand âge. Ce phénomène nécessite des solutions adaptées, notamment une meilleure coordination des soins entre les différents acteurs du système de santé, ainsi qu'un renforcement des services de proximité pour garantir un accompagnement optimal des personnes âgées.

Par ailleurs, l'évolution des pathologies vers des formes plus complexes impose une réponse médicale plus sophistiquée. La prévalence croissante de maladies chroniques, comme le diabète et les affections cardiovasculaires, entraîne une augmentation des besoins en expertise médicale et en infrastructures spécialisées. Le système de santé doit donc s'adapter en développant des approches multidisciplinaires qui intègrent prévention, dépistage, traitement et suivi à long terme des patients.

Enfin, l'essor rapide des technologies médicales et de la télésanté constitue à la fois une opportunité et un défi. Dès lors où les conditions techniques sont assurées, ces avancées doivent permettre d'améliorer l'accès aux soins, en particulier pour les populations vivant dans des zones isolées, mais elles nécessitent une mise en œuvre réfléchie pour garantir une utilisation efficace et équitable. La formation des professionnels de santé, l'adaptation des infrastructures numériques et la sensibilisation des patients sont autant d'éléments essentiels pour accompagner cette transformation.

Face à ces enjeux, une réforme profonde du système de santé s'impose afin de garantir une offre de soins efficiente et alignée sur les réalités locales. Cette évolution doit prendre en compte les particularités démographiques, sanitaires et géographiques de la Polynésie française pour assurer une prise en charge adaptée et durable de l'ensemble de la population.

Aux termes de l'exposé des motifs, l'état actuel du système de santé polynésien présente plusieurs limites qui entravent son bon fonctionnement :

- un cadre statutaire inadapté des structures publiques, générant rigidité administrative et inefficacité dans la gestion des établissements ;
- une fragmentation entre les secteurs public et privé, limitant les synergies et empêchant une coordination optimale des soins.

Face à ces constats, le présent projet de loi du pays propose la création d'une nouvelle catégorie d'établissement public, celle des établissements publics de santé (EPS), afin de structurer l'organisation hospitalière autour d'un cadre juridique spécifique et d'optimiser la gestion des ressources médicales.

Selon l'exposé des motifs, la réforme des EPS a pour objectifs principaux :

- de renforcer la gouvernance et l'efficacité de l'offre publique de santé, en optimisant l'organisation des établissements et leur capacité à répondre aux besoins évolutifs des patients ;
- d'améliorer la qualité des soins et l'attractivité des structures hospitalières, en facilitant le recrutement des professionnels de santé ;
- d'encourager la complémentarité entre le secteur public et privé, afin d'optimiser les moyens et de renforcer l'offre de soins ;
- de développer la recherche et la formation médicale, pour garantir une montée en compétences des professionnels de santé et favoriser l'innovation ;

- et de mutualiser les ressources via le Groupement Hospitalier de Polynésie Française (GHPF), permettant de rationaliser les coûts et d'améliorer la coopération entre établissements.

III - OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS

Le présent projet de loi du pays appelle, de la part du CESEC, les observations et recommandations suivantes :

1. Une réforme précipitée au regard des prérequis à remplir :

Si le CESEC reconnaît que ce projet de texte est pertinent dans ses objectifs, il souligne toutefois que sa mise en œuvre demeure conditionnée à la satisfaction préalable de prérequis fondamentaux et incontournables.

Tout d'abord, l'institution considère qu'il est **impératif, au regard de l'accélération du vieillissement, de la forte croissance de l'espérance de vie, de l'observation de la situation épidémiologique qui conduiront inévitablement à une augmentation du taux de recours hospitalier, de réaliser une analyse capacitaire approfondie¹** afin d'adapter les structures hospitalières aux besoins réels du Centre Hospitalier de la Polynésie française (CHPF) et des établissements périphériques avant leur transformation en EPS.

Cette analyse, pour chacun des établissements, doit reposer sur l'évaluation précise de la situation, capitaliser sur les réussites, identifier les difficultés et proposer des solutions concertées.

Une telle évaluation est d'autant plus cruciale que, paradoxalement, le CHPF se trouve confronté à une progression continue de l'activité hospitalière conduisant à une saturation².

De plus, une sous-utilisation de certaines de ses infrastructures, notamment ses blocs opératoires où seuls cinq à six blocs sur douze seraient fonctionnels et deux opérationnels en fonction du personnel qualifié disponible, en raison de tensions sur les effectifs médicaux et soignants, particulièrement un manque d'infirmiers spécialisés (IBODE).

Au-delà du taux d'occupation des lits, il est crucial d'intégrer le taux de fréquentation des services hospitaliers dans l'analyse capacitaire. Une approche croisant ces indicateurs permettrait d'ajuster l'organisation des soins, d'optimiser l'exploitation des infrastructures et d'éviter le gaspillage des ressources existantes, garantissant ainsi une meilleure efficacité de l'offre de soins.

Par ailleurs, il est à relever que l'indispensable transition vers l'instruction comptable M21³ et l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD)⁴ exige une montée en compétences des équipes administratives ainsi qu'une modernisation des outils de gestion.

Afin d'assurer l'équilibre financier des EPS, **il est nécessaire d'adopter une approche progressive, structurée et coordonnée, intégrant une planification budgétaire anticipée et une adaptation cohérente du cadre juridique comptable**, garantissant ainsi une maîtrise efficace des flux financiers et une allocation optimale des ressources.

¹ L'analyse capacitaire d'un établissement public de santé est une évaluation de sa capacité à répondre aux besoins de santé, intégrant ses ressources matérielles, humaines, organisationnelles et financières.

² Avec, en 2021, un taux d'occupation de 94 % en chirurgie, 101 % en médecine, 105 % en cardiologie hors soins intensifs et soins continus, 99 % de néphrologie hors soins intensifs et soins intensifs et 179 % en oncologie.

³ La comptabilité M21 est un cadre comptable spécifique aux établissements publics de santé, structuré autour de l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD).

⁴ L'EPRD est utilisé par les établissements publics de santé pour anticiper et structurer leur budget. Il remplace les budgets prévisionnels classiques en mettant l'accent sur une gestion prévisionnelle des ressources et des charges. Il permet notamment de visualiser les comptes d'exploitation consolidés et d'évaluer la capacité d'autofinancement et les besoins en trésorerie.

En outre, la planification des investissements pour la modernisation des infrastructures et des équipements médicaux doit être renforcée afin d'éviter tout déséquilibre budgétaire.

Pour l'institution, une approche rigoureuse et structurée est indispensable pour éviter tout déséquilibre dans la mise en place d'un tel dispositif et garantir son efficacité à long terme.

La gestion chaotique de la commande du cyclotron et du TEP SCAN, illustre parfaitement un exemple type de dysfonctionnement impactant directement l'organisation des soins et la qualité de la prise en charge des patients. Depuis 2022, plus de 1 000 cancers par an sont détectés, 350 font l'objet d'EVASAN quand les besoins nécessitent 3 500 à 4 000 examens par an au titre d'une politique de dépistage.

Ce manque d'anticipation entraîne des incertitudes majeures sur la précision des traitements et aggrave les délais d'attente, obligeant à un recours accru aux évacuations sanitaires (EVASAN) et mettant en lumière les fragilités structurelles du système de santé polynésien.

En l'état, le CESEC considère que la mise en œuvre de la réforme envisagée est conditionnée à la satisfaction préalable de ces prérequis essentiels. Tant que ces éléments fondamentaux ne sont pas garantis, la réforme risque non seulement de ne pas atteindre ses objectifs, mais également d'aggraver les dysfonctionnements et les déséquilibres structurels du système hospitalier polynésien.

Il convient enfin de souligner que de nombreuses dispositions du projet de loi du pays renvoient à des délibérations de l'Assemblée de la Polynésie française ainsi qu'à des arrêtés pris en Conseil des ministres.

Pour l'institution, cette approche implique une mise en œuvre progressive, mais également un travail réglementaire conséquent qui reste à accomplir. En l'absence de ces textes complémentaires, le dispositif apparaît inachevé, soulevant des interrogations quant à la maturité du projet et à sa capacité à être appliqué de manière effective et cohérente.

Selon les propos du ministère en charge de la santé, ce n'est qu'une fois le projet de loi du pays adopté qu'une cartographie du système de santé définissant les futurs EPS sera élaborée. **Le CESEC insiste sur le fait que l'absence d'une vision préétablie limite la capacité d'anticipation et peut fragiliser la cohérence du dispositif.**

2. Sur l'organisation et le fonctionnement des EPS :

Le projet de réforme vise à structurer l'offre hospitalière en Polynésie française en instaurant des EPS, conçus pour renforcer l'organisation des soins et améliorer l'efficacité budgétaire.

2.1. Sur l'organisation des EPS :

Le projet de loi du pays distingue trois types d'établissements publics de santé, chacun ayant un rôle stratégique précis :

- un établissement hospitalier central, le CHPF, qui concentre les soins spécialisés et l'expertise médicale pour les pathologies graves (article LP 21) ;
- des établissements périphériques, tels que les hôpitaux de Taravao, Uturoa et Nuku Hiva, offrant des soins courants, en hospitalisation ou en ambulatoire, et facilitant l'accès à la santé pour les populations éloignées (article LP 22). Leur intégration vise à améliorer la répartition des ressources et la continuité des soins ;
- des établissements de santé spécialisés, comme le Pôle de Santé Mentale (PSM) et l'Institut du Cancer de Polynésie Française (ICPF), dédiés aux disciplines médicales spécifiques, à la recherche et à la formation, contribuant à l'amélioration des pratiques médicales (article LP 23).

Le CHPF fait face à des difficultés de fonctionnement conjoncturelles (tensions sur les effectifs médicaux et soignants) et structurelles (contraintes architecturales), conduisant à un report de patients vers les cliniques. La concentration, sur un seul site (le CHPF), de l'accueil des urgences (44 000 passages en 2022), contribue à cette saturation, tandis que son rôle de recours l'oblige à prendre en charge la permanence des soins sur le territoire. Ces raisons doivent conduire à centrer le CHPF sur son activité **MCO - Médecine, chirurgie, obstétrique**.

Au regard des éléments qui précèdent, le CESEC tient à souligner que :

- les missions du CHPF doivent être revues et adaptées afin de mieux correspondre aux exigences d'un établissement hospitalier central. Actuellement, certaines activités du CHPF, telles que les soins de suite et de longue durée ou la prise en charge de patients en convalescence, relèvent davantage de structures spécialisées ou d'établissements périphériques.
- le CHPF, hôpital de dernier recours, doit se centrer sur son activité MCO et ne pas se voir confier d'autres spécialités telles que le Pôle de Santé Mentale (PSM) et l'Institut du Cancer de Polynésie française (ICPF).

Le CESEC recommande ainsi une redéfinition des compétences du CHPF, en recentrant ses missions sur les soins aigus, les spécialités médicales de pointe et la coordination des parcours de soins complexes.

Pour améliorer la fluidité du parcours de soins, l'institution estime qu'il est essentiel de renforcer le rôle des établissements périphériques situés à Taravao, Uturoa et Nuku Hiva. En leur confiant la prise en charge des hospitalisations ne nécessitant pas une expertise médicale avancée, on permet une meilleure répartition des patients et une prise en charge plus efficace.

Enfin, le CESEC considère qu'une meilleure répartition des spécialités médicales est indispensable. Éviter une concentration excessive des soins au CHPF favorise une accessibilité accrue aux services médicaux, y compris ceux du secteur privé, sur l'ensemble du territoire polynésien.

2.2. Sur la gouvernance des EPS :

Les EPS fonctionneront selon une gouvernance à deux niveaux :

- un conseil de surveillance, composé de représentants politiques, de professionnels de santé et d'experts qualifiés. Il aura pour mission de définir les grandes orientations stratégiques des EPS et d'assurer leur alignement avec les objectifs sanitaires du Pays⁵ ;
- un directoire, constitué d'un directeur général, d'un directeur administratif et financier, et d'un directeur technique. Son rôle sera d'assurer la gestion opérationnelle des établissements et de mettre en œuvre les décisions stratégiques établies par le conseil de surveillance⁶.

Le CESEC exprime plusieurs réserves quant à la gouvernance des EPS et propose des ajustements pour garantir leur bon fonctionnement. Il insiste sur la nécessité de :

- **renforcer la fonction d'échanges et de concertation du conseil de surveillance**, en limitant l'influence gouvernementale **en intégrant davantage des représentants de soignants et de patients**, afin d'assurer une gouvernance plus équilibrée et mieux adaptée aux réalités du terrain ;

⁵ Articles LP 24 à LP 30 du projet de loi du pays.

⁶ Articles LP 31 à LP 35 du projet de loi du pays.

- **garantir une représentation directe de la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) au sein du conseil de surveillance** via une désignation par le conseil d'administration de la caisse, afin de renforcer la gestion budgétaire et assurer une maîtrise rigoureuse des dépenses ;
- **revoir les modalités de nomination du directoire**, actuellement sous la seule autorité du conseil des ministres. Il préconise une procédure plus indépendante afin d'éviter une politisation excessive du pilotage des établissements. Pour l'institution, le directeur général devant être nommé en conseil des ministres, doit pouvoir choisir ses collaborateurs directs.

Le CESEC met également en garde contre une autonomie trop rigide des EPS, qui pourrait conduire à une fragmentation du service public et engendrer des disparités dans l'accès aux soins. Une planification rigoureuse et une coordination efficace entre les établissements sont essentielles pour garantir une gouvernance harmonisée et adaptée aux besoins sanitaires de la Polynésie.

3. Sur la mutualisation et la coopération public/privé à travers le Groupement Hospitalier de Polynésie Française (GHPF)

Le projet de texte prévoit de renforcer la coopération entre les EPS et la mise en place de conventionnements avec le secteur privé par la création du GHPF, présenté comme un levier stratégique destiné à optimiser l'organisation hospitalière par la mutualisation des ressources et la standardisation des pratiques médicales (Articles LP 44 à LP 52). Toutefois, plusieurs incertitudes subsistent quant à sa mise en œuvre.

Le rôle de pilotage stratégique du GHPF demeure flou, sans précisions sur l'institution responsable de coordonner la mutualisation des ressources entre les EPS et leurs partenaires privés. L'Agence de Régulation de l'Action Sanitaire et Sociale (ARASS) ou un autre organisme pourraient en assurer la gestion, mais l'absence de définition claire sur la répartition des responsabilités soulève des préoccupations en matière de gouvernance.

Par ailleurs, la mutualisation des moyens semble être imposée sans concertation suffisante avec les acteurs concernés. L'instauration d'un système d'information hospitalier convergent, la centralisation des données médicales et l'organisation d'achats groupés prévus à l'article LP 51 du projet de texte suscitent des interrogations sur l'adhésion des partenaires privés et leur marge de manœuvre. Une mise en œuvre précipitée risquerait de générer des résistances et de nuire à l'efficacité du dispositif.

Le CESEC s'inquiète une fois de plus de l'absence de cadre financier et administratif clairement défini. De plus, aucun financement spécifique ni moyens matériels dédiés à cette mutualisation obligatoire ne sont clairement identifiés, ce qui soulève des inquiétudes quant à la capacité des établissements de santé à assurer efficacement cette transition sans fragiliser davantage leur fonctionnement.

L'absence d'une planification budgétaire précise et d'investissements adaptés risque d'entraver la mise en œuvre du dispositif et d'en limiter les bénéfices attendus.

Un autre enjeu important concerne la cohabitation des structures publiques et privées. **Sans cadre réglementaire strict, cette complémentarité pourrait se transformer en concurrence,** mettant en péril la qualité des soins et l'équilibre économique du système de santé polynésien.

Aussi, les modalités d'exercice libéral des professionnels du secteur public et d'intervention des professionnels libéraux dans les EPS doivent être précisées afin d'anticiper les problématiques d'ordre déontologiques, pratiques et administratives (problème des conventionnements).

Dans ce cadre, il est notamment impératif d'**établir une stratégie de redéploiement des blocs opératoires du CHPF** pour éviter une sous-exploitation des équipements. Une meilleure planification des ressources médicales, notamment en harmonisant le recrutement et la gestion des

personnels spécialisés, permettrait de **rendre les infrastructures opérationnelles de manière plus efficiente** et de garantir une continuité optimale des soins chirurgicaux.

Par ailleurs, pour garantir un fonctionnement efficace du GHPF, plusieurs aménagements sont nécessaires. Le CESEC recommande :

- **de clarifier le cadre budgétaire**, notamment par une étude d'impact détaillée permettant d'anticiper les implications financières et de garantir une répartition transparente des coûts entre la CPS et le **budget du Pays** ;
- **d'encadrer précisément la gouvernance du GHPF**, en particulier si celui-ci acquiert une personnalité morale, afin d'éviter une concentration excessive des pouvoirs et prévenir toute dérive administrative ;
- **et de sécuriser la convergence numérique**, en adoptant des protocoles conformes aux **normes de confidentialité** (RGPD⁷, CNIL⁸) et en assurant une interopérabilité fluide entre les établissements.

Concernant le partage des données médicales, le CESEC souligne des blocages dans la transmission des résultats des examens biologiques du CHPF aux autres établissements, ce qui nuit à la continuité des soins. Pour garantir une meilleure coordination, **il est indispensable de mettre en place un système sécurisé de partage des données via un dossier médical partagé, d'assurer un encadrement juridique garantissant la transparence et de déployer un dossier patient informatisé inter-établissements pour une meilleure coordination des soins.**

Le développement de la télémédecine et des connexions numériques est également jugé essentiel par le CESEC pour optimiser la prise en charge des patients des îles éloignées afin de limiter les évacuations sanitaires.

Par ailleurs, afin de garantir une continuité effective de la prise en charge des patients, le CESEC estime qu'il est essentiel de **structurer un dispositif assurant la permanence des soins**, notamment par une organisation optimisée des gardes médicales et une meilleure répartition des effectifs sur l'ensemble du territoire.

Enfin, avant la mise en œuvre de la réforme, certains points restent à préciser, notamment la coordination du GHPF avec le **Schéma d'Organisation Sanitaire (SOS) et la répartition des financements**. En tout état de cause, l'institution insiste sur la nécessité de **limiter la surcharge administrative**, afin de ne pas entraver l'efficacité du système hospitalier.

4. Sur le recrutement, le statut et la fidélisation des professionnels de santé : un enjeu majeur pour la réforme des EPS

L'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé constituent l'un des défis majeurs du système hospitalier polynésien. Les départs fréquents de médecins et de soignants, y compris de Polynésiens formés à l'extérieur, traduisent un manque de reconnaissance et d'incitations adaptées.

Cette situation fragilise la stabilité des équipes médicales et alimente un "turnover" élevé, particulièrement au sein du CHPF (où il serait de 50%) et des établissements hospitaliers périphériques.

Le CESEC alerte sur la pénurie critique de personnel médical, notamment dans certaines spécialités essentielles :

- les aides-soignants, dont la formation pourtant courte et accessible ne suscite pas suffisamment de candidatures malgré les besoins croissants en personnel médical liés à l'augmentation des pathologies chroniques et au vieillissement de la population ;

⁷ Règlement Général sur la Protection des Données.

⁸ Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

- les infirmiers spécialisés en bloc opératoire (IBODE), pas formés localement, obligeant les structures hospitalières à faire appel à des recrutements extérieurs souvent peu pérennes ;
- les médecins urgentistes et spécialistes, confrontés à des conditions de travail peu attractives, ce qui les pousse à quitter rapidement leurs postes.

Face à ces difficultés, **l'institution recommande plusieurs actions pour améliorer le recrutement, l'attractivité et la stabilité du personnel :**

- **séparer clairement l'administratif des structures de soins, en regroupant l'administration hospitalière dans une entité distincte afin de réaliser des économies d'échelle, alléger les modalités de recrutement** pour permettre aux établissements de se concentrer exclusivement sur la prise en charge des patients ;
- **améliorer les conditions d'accueil** ainsi que mettre en place un dispositif spécifique pour inciter les Polynésiens diplômés à l'extérieur de rentrer exercer sur le territoire dans de meilleures conditions ;
- **revaloriser les salaires et les parcours professionnels**, en prenant en compte les spécificités locales et les contraintes du métier pour éviter un "turnover" excessif ;
- **mettre en place un plan de fidélisation des praticiens**, en renforçant les opportunités de formation continue et en facilitant leur évolution de carrière au sein du système hospitalier polynésien.

En parallèle, le CESEC souligne l'absence d'un cadre statutaire adapté aux professionnels de santé, aggravant la précarisation des carrières hospitalières. Actuellement, trois statuts coexistent (fonction publique territoriale, CEAPF⁹ et agents non titulaires), engendrant des disparités de rémunération et de gestion des carrières.

Pour garantir une attractivité durable des professions médicales et soignantes, l'institution préconise la mise en place d'un statut spécifique de la fonction publique hospitalière, permettant :

- **d'unifier les conditions de travail et de rémunération**, afin de limiter les inégalités et de renforcer l'attractivité des carrières hospitalières ;
- **d'offrir une meilleure stabilité aux effectifs**, en facilitant le maintien en poste des médecins et soignants dans les établissements polynésiens ;
- **de structurer les parcours professionnels**, afin que le **statut hospitalier** soit pleinement intégré à la réforme des EPS avant toute évolution administrative.

L'absence de cadre statutaire cohérent et les difficultés de recrutement doivent être traitées en priorité pour assurer la viabilité de la réforme et la pérennité des EPS.

Pour l'institution, **la mise en place des EPS ne doit pas être envisagée comme une simple réponse aux difficultés de recrutement et aux enjeux organisationnels. La réforme doit avant tout garantir une amélioration effective de la qualité des soins et placer la prise en charge des patients au cœur des priorités du système hospitalier. Or, tel que présentée, le CESEC exprime de sérieux doutes quant à la capacité de cette réforme à apporter les solutions attendues.**

5. La valorisation des dispensaires et l'égalité d'accès aux soins : un pilier essentiel de la réforme des EPS

Pour le CESEC, **l'organisation actuelle du système de soins polynésien sous-estime le rôle essentiel des dispensaires**, pourtant indispensables à la prise en charge des populations éloignées et vulnérables. La réduction progressive de ces structures, aggravée par une pénurie de personnel

⁹ Corps de l'État pour l'Administration de la Polynésie française.

médical et paramédical, limite l'accès aux soins pour une partie significative de la population, renforçant les inégalités territoriales.

Dans le cadre de la réforme des EPS, le CESEC insiste sur la **nécessité de revaloriser et d'intégrer pleinement ces dispensaires** dans l'offre de soins. Leur développement permettrait non seulement de **désengorger le CHPF**, qui peine à absorber l'ensemble des prises en charge hospitalières, mais aussi d'**assurer un accès équitable aux soins de proximité**, en complément des établissements périphériques.

Afin de **garantir la pérennité des dispensaires**, plusieurs actions sont recommandées :

- **un renforcement des moyens alloués** aux dispensaires, permettant une offre de soins de qualité et une couverture territoriale adaptée aux réalités sanitaires de la Polynésie ;
- **une intégration claire des dispensaires dans la structuration des EPS**, avec des financements et des mécanismes de gestion alignés sur les autres établissements de santé, pour éviter toute fragmentation du système hospitalier ;
- **un plan de formation accéléré pour les professionnels de santé** afin d'assurer une présence médicale durable dans ces structures. Le CESEC préconise notamment de favoriser l'accès aux carrières de soignant pour les jeunes Polynésiens, en mettant en place des dispositifs incitatifs et des parcours dédiés à la formation d'infirmiers (IBODE et infirmiers en pratiques avancées IPA), d'aides-soignants, de médecins généralistes et de préparateurs en pharmacie.

Le CESEC préconise notamment d'effectuer la cartographie des structures de santé privées et publiques afin d'affiner les besoins de formation des professionnels de santé.

En intégrant pleinement les dispensaires dans la réforme des EPS, le CESEC considère qu'il serait possible d'améliorer l'accessibilité aux soins, de limiter les ruptures de prise en charge et de garantir une répartition territoriale plus équilibrée des ressources médicales.

IV - CONCLUSION

La Polynésie française est confrontée à des défis majeurs en matière de santé publique, tel que notamment le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. Ces évolutions exigent une meilleure coordination des soins, une adaptation des infrastructures et une prise en compte des avancées technologiques comme la télésanté. Actuellement, le cadre statutaire des structures hospitalières présente des rigidités administratives et un manque de synergies entre les secteurs public et privé.

Pour répondre à ces enjeux, le projet de loi du pays propose la création d'EPS afin d'améliorer la gouvernance, renforcer l'attractivité des structures hospitalières, favoriser la complémentarité public-privé, développer la recherche et mutualiser les ressources via le GHPF.

Le CESEC estime que, bien que pertinent dans ses objectifs, ce projet de loi du pays est précipité et que plusieurs prérequis doivent être remplis avant sa mise en œuvre.

Une analyse capacitaire approfondie, intégrant le taux de fréquentation des services hospitaliers, est indispensable pour ajuster efficacement l'organisation du CHPF et des établissements périphériques, prévenir le gaspillage des ressources, et optimiser l'offre de soins face à la saturation actuelle et à la sous-utilisation des infrastructures. Par ailleurs, la préparation budgétaire reste incomplète et l'absence d'une stratégie rigoureuse pour moderniser les infrastructures et équipements médicaux risque de compromettre l'efficacité et la pérennité du dispositif.

Concernant l'organisation des EPS, le CESEC recommande de redéfinir les missions du CHPF, en le centrant sur les soins aigus et en optimisant la répartition des spécialités médicales, les structures spécialisées (PSM et ICPF) devant demeurer indépendantes dans leurs gestions.

Sur la gouvernance des EPS, il suggère de renforcer le rôle d'échanges et de concertation du conseil de surveillance, une meilleure représentativité des soignants et patients ainsi qu'une procédure

de nomination du directoire moins politisée. Il met en garde contre une autonomie excessive des EPS qui pourrait fragmenter l'accès aux soins.

Quant à la mutualisation via le GHPF, l'institution considère que le rôle stratégique du GHPF demeure flou, la complémentarité public-privé doit être encadrée pour éviter une concurrence défavorable et qu'une meilleure planification budgétaire est essentielle pour assurer la viabilité du dispositif.

Le CESEC insiste également sur la nécessité d'améliorer le recrutement et la fidélisation des professionnels de santé en créant un statut spécifique et en renforçant les incitations pour maintenir les compétences localement. Il souligne également l'importance de revaloriser les dispensaires pour garantir un accès équitable aux soins.

L'institution considère que, bien qu'il repose sur des objectifs pertinents, ce projet de loi du pays ne peut être adopté en l'état, faute de préparation suffisante et de garanties sur son application. Il est impératif que les prérequis essentiels soient levés avant toute mise en œuvre, notamment en matière de structuration budgétaire, de gouvernance, de cadre statutaire pour le personnel hospitalier et de revalorisation des dispensaires.

Le CESEC appelle à une révision approfondie du projet de loi du pays intégrant les actes réglementaires d'application, en concertation avec les acteurs concernés, afin d'éviter une réforme précipitée qui pourrait compromettre l'efficacité du système hospitalier polynésien.

Enfin, s'agissant d'un projet transverse d'envergure, cela impliquera différentes structures, équipes ou domaines de compétences. L'objectif sera alors de réunir des points de vue divers et des expertises variées pour résoudre un problème ou réaliser une tâche spécifique. La sélection d'une équipe fortement impliquée, formée et compétente est indispensable pour porter le projet à son terme avec succès.

Par conséquent, tel que présenté, le Conseil économique, social, environnemental et culturel (CESEC) de la Polynésie française émet un avis défavorable au projet de loi du pays portant création des établissements publics de santé (EPS), tant que les prérequis essentiels ne sont pas levés.

SCRUTIN

Nombre de votants :	37
Pour :	31
Contre :	01
Abstentions :	05

ONT VOTÉ POUR : 31

Représentants des entrepreneurs

01	ANTOINE-MICHARD	Maxime
02	LABBEYI	Sandra
03	NOUVEAU	Heirangi
04	PLEE	Christophe
05	ROIHAU	Andréa
06	TREBUCQ	Isabelle
07	TROUILLET	Mere

Représentants des salariés

01	FONG	Félix
02	LE GAYIC	Vaitea
03	POHUE	Patrice
04	SOMMERS	Eugène
05	TAEATUA	Edgar
06	TERIINOHORAI	Atonia
07	TEUIAU	Avaiki
08	TIFFENAT	Lucie

Représentants du développement

01	ELLACOTT	Stanley
02	ROOMATAAROA-DAUPHIN	Voltina
03	TEMAURI	Yvette
04	THEURIER	Alain
05	UTIA	Ina

Représentants de la cohésion sociale et de la vie collective

01	BAMBRIDGE	Maiana
02	FOLITUU	Makalio
03	KAMIA	Henriette
04	PROVOST	Louis
05	RAOULX	Raymonde
06	TERIITERAAHAUMEA	Patricia

Représentants des archipels

01	BARSINAS	Marc
02	BUTTAUD	Thierry
03	HAUATA	Maximilien
04	NESA	Martine
05	WANE	Maeva

À VOTÉ CONTRE : 01

Représentant des entrepreneurs

01	MOSSER	Thierry
----	--------	---------

SE SONT ABSTENUS : 05

Représentants des entrepreneurs

01	BENHAMZA	Jean-François
02	DROLLET	Florence

Représentants du développement

01	BONNAT	Anne-Sophie
02	LAI	Marguerite

Représentant de la cohésion sociale et de la vie collective

01	LUCIANI	Karel
----	---------	-------

6 (six) réunions tenues les :
19, 21, 23, 28 mai et 6 juin 2025
par la commission « Santé et solidarités »
dont la composition suit :

MEMBRE DE DROIT

Madame Voltina ROOMATAAROA-DAUPHIN, Présidente du CESEC

BUREAU

- | | | |
|--------------------|----------|-----------------|
| ▪ PROVOST | Louis | Président |
| ▪ TERIITERAAHAUMEA | Patricia | Vice-présidente |
| ▪ LE GAYIC | Vaitea | Secrétaire |

RAPPORTEURES

- | | |
|-------------|--------|
| ▪ BAMBRIDGE | Maiana |
| ▪ TEUIAU | Avaiki |

MEMBRES

- | | |
|-------------------|---------------|
| ▪ ANTOINE-MICHARD | Maxime |
| ▪ BARSINAS | Marc |
| ▪ BENHAMZA | Jean-François |
| ▪ BONNAT | Anne-Sophie |
| ▪ CARILLO | Joël |
| ▪ GALENON | Patrick |
| ▪ HAUATA | Maximilien |
| ▪ KAMIA | Henriette |
| ▪ LABBEYI | Sandra |
| ▪ LAI | Marguerite |
| ▪ LE GAYIC | Vaitea |
| ▪ LUCIANI | Karel |
| ▪ MOSSER | Thierry |
| ▪ NESA | Martine |
| ▪ PEREYRE | Moea |
| ▪ POHUE | Patrice |
| ▪ ROIHAU | Andréa |
| ▪ TEFAATAU | Karl |
| ▪ TEHEI | Vairea |
| ▪ TEMAURI | Yvette |
| ▪ THEURIER | Alain |
| ▪ TREBUCQ | Isabelle |
| ▪ YIENG KOW | Diana |

MEMBRES AYANT ÉGALEMENT PARTICIPÉ AUX TRAVAUX

- | | |
|-----------|----------|
| ▪ FOLITUU | Makalio |
| ▪ RAOULX | Raymonde |

SECRETARIAT GÉNÉRAL

- | | | |
|------------|---------|--------------------------------------|
| ▪ BONNETTE | Alexa | Secrétaire générale |
| ▪ NAUTA | Flora | Secrétaire générale adjointe |
| ▪ LORILLOU | Tekura | Conseillère technique |
| ▪ NORDMAN | Avearii | Responsable du secrétariat de séance |
| ▪ BIZIEN | Alizée | Secrétaire de séance |

LE CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL, ENVIRONNEMENTAL ET CULTUREL DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

La Présidente du Conseil économique, social, environnemental et culturel de la Polynésie française,
Le Président et les membres de la commission « Santé et solidarités » remercient, pour leur
contribution à l'élaboration du présent avis,

Particulièrement,

- ✚ Au titre du Ministère de la santé, en charge de la prévention et de la protection sociale généralisée (MSP) :
 - **Monsieur Anthony PHEU**, directeur de cabinet
 - **Madame Catherine COLOMBET**, conseillère technique
- ✚ Au titre de la Direction de la santé (DSP) :
 - **Madame Karine VANNES**, directrice adjointe
 - **Madame Tehani CHIN FOO**, responsable du bureau des ressources humaines
- ✚ Au titre de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) :
 - **Madame Merihere GUY épouse WILLIAMS**, directrice par intérim
 - **Madame Caroline GREPIN**, directrice adjointe
 - **Madame Sophie BONIFAIT**, responsable juridique
- ✚ Au titre du Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF) :
 - **Madame Hani TERIIPAIA épouse OTT**, directrice
 - **Madame Valérie BERNIER**, directrice juridique
- ✚ Au titre de l'Institut du cancer de Polynésie française (ICPF) :
 - **Docteur Teanini TEMATAHOTOA**, directrice
 - **Docteur Julien REICHART**, médecin nucléaire
- ✚ Au titre de la Caisse de prévoyance sociale (CPS) :
 - **Monsieur Pierre FREBAULT**, directeur
 - **Monsieur Vincent DUPONT**, directeur adjoint
 - **Docteur Tuterai TUMAHAI**, médecin-chef du service contrôle médical
- ✚ Au titre de la Polyclinique Paofai :
 - **Madame Virginie BOBBIA**, directrice adjointe
- ✚ Au titre du Centre Te Tiare :
 - **Monsieur Stéphane MILON**, directeur administratif
- ✚ Au titre des médecins du secteur privé :
 - **Docteur Rainui RICHAUD**, médecin cardiologue
- ✚ Au titre du Conseil de la Polynésie française de l'ordre des médecins :
 - **Docteur Patricia TUHEIAVA**, conseillère ordinale
- ✚ Au titre du Syndicat des médecins libéraux de Polynésie française :
 - **Docteur Didier BONDOUX**, président
- ✚ Au titre des personnalités qualifiées :
 - **Monsieur Luc TAPETA**, personne qualifiée